Bericht

über

100 in der Würzburger Frauenklinik

ausgeführte

Ovariotomien.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Kgl. bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Franz Grillmeier

approb. Arzt

aus

Regensburg.

Würzburg

Buchdruckerei Franz Staudenraus

1908.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der k. Universität Würzburg.

Referent:

Herr Geh. Hofrat Prof. Dr. Hofmeier.

Meinem lieben Vater

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2018 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30612457

Im Anschluss an die Dissertation von Weiland 1902, der über 100 Ovariotomien, die in der Univers. Frauenklinik zu Würzburg vom Nov. 1897 bis März 1901 ausgeführt wurden, referierte, wurde mir die Aufgabe gestellt, über die letzten 100 Ovariotomien zu berichten, die vom März 1905 bis Nov. 1907 an genannter Univ. Frauenklinik ausgeführt wurden. Über die Dauer-Resultate der Ovariotomien bis zum Jahre 1905 hat Herr Geheimrat Hofmeier auf dem Gynäkologen-Kongress zu Kiel, Pfingsten 1905 berichtet. Es soll also nicht meine Aufgabe sein, das Endresultat der Operationen festzustellen, sondern an der Hand der Krankengeschichten die klinischen Symptome der Eierstockgeschwülste sowie die Art der Operation mit ihren verschiedenen Complicationen zu betrachten.

Ovariotomien wurden schon in der 1. Hälfte des vorigen Jahrhunderts ausgeführt. Wie bei allen grösseren Operationen, bei denen die Eröffnung der Bauchhöhle nicht zu umgehen war, die Resultate in der ersten Zeit schlecht gewesen sind, so hat auch die Ovariotomie in ihren Anfangsstadium noch unzählige Opfer gefordert, so dass der Gynäkologe überhaupt nur mit grosser Scheu an diese Operation heranging. Dass man sich trotz alledem zu jener Zeit entschlossen hat, die Eierstockgeschwülste, ob gut- oder bösartig, operativ in Angriff zu nehmen, beweist, dass auch schon damals die operative Entfernung der

Eierstockgeschwülste als allein Heilung bringendes Mittel angesehen wurde. Wenn wir die Eierstockgeschwülste näher betrachten und sie nach Art ihrer Entstehung zergliedern, so ist ja von vorneherein klar, dass bei den gutartigen Ovarialtumoren (zu denen rechne ich die Retentionsgeschwülste wie Follikelcysten, Kystoma serosum simplex, Corpus — luteumcysten, ferner die Dermoidcysten, die Fibrome und das Kystadenoma pseudomucinosum) eine direkte Gefahr für das Leben der Patientin erst dann besteht, wenn sich die Geschwulst durch rapides Wachstum auszeichnet, oder wenn gefahrdrohende Komplikationen eintreten. Durch Kompression der Lungen, durch Druck auf die Blase mit sich anschliessenden urämischen Erscheinungen, durch Hemmung der Darmperistaltik können Zustände hervorgerufen werden, die das Leben der Patientinnen direkt gefährden. Aber abgesehen davon, dass die Ovariotomie für die Patientin einen ungleich schwereren Eingriff bedeutet, wenn dem Tumor zu längerem Wachstum Zeit gelassen wird, als wenn die Operation sofort bei auf Ovarialtumor gestellter Diagnose vorgenommen würde, so liegt auch immer die Gefahr nahe, dass der gutartige Tumor im Laufe der Zeit malignen Charakter annehmen kann oder der vornherein für gutartig gehaltene Tumor überhaupt schon maligne ist. Deswegen gilt heute als allgemein anerkannter Grundsatz, dass bei sicher diagnosticiertem Ovarialtumor die Ovariotomie als einzig Rettung bringendes Mittel zn folgen hat. Erst nach Einführung der Asepsis und der Antisepsis konnte die Ovariotomie wie auch die anderen Bauchoperationen ein derartig segensreicher Eingriff werden, wie er heute in Wirklichkeit ist. Hat doch die Ovariotomie unzähligen Frauen, die früher über kurz oder lang sicher ihrem Leiden

erlegen wären, die vollständige Genesung gebracht, so dass sie noch lange Jahre in vollständiger körperlicher Frische ihrem Berufe nachgehen konnten.

Wie auch aus unserem Material hervorgeht, stellt die Ovariotomie keinen überaus schweren Eingriff mehr dar, so das jeder Frau, die mit einer derartigen Geschwulst behaftet ist, mit ruhigem Gewissen die Operation vorgeschlagen werden kann. Dass natürlich nicht jede Ovariotomie jedesmal den erwünschten Erfolg hat, ist leicht zu verstehen, wenn man, wie schon oben erwähnt, die hinzutretenden Komplikationen in Betracht zieht. Handelt es sich zum Beispiel um ein vollständig freies, nicht verwachsenes, gutartiges Pseudomucinkystom, so wird bei gutem Allgemeinbefinden der Patientin mit Sicherheit auch ein guter Enderfolg erzielt werden. Handelt es sich dagegen um Patientinnen, deren Organismus durch das längere Bestehen der Erkrankung schon geschwächt ist, oder gar um einen malignen Tumor, der mehr oder weniger stark mit der Umgebung verwachsen ist, vielleicht auch schon Metastasen in den Nachbarorganen gemacht hat, so kann natürlich mit Sicherheit eine vollständige Heilung nicht garantiert werden. Ebenso wird natürlich die Mortalität nach der Operation von diesen Komplikationen stark beeinflusst. Als Komplikation häufiger Art finden wir bei der Operation Verwachsungen mit den Nachbarorganen (Netz, Darm, Peritoneum der vorderen Bauchwand) Ascites, Stieltorsion und falls die Patientin bei einem Tumor malignen Charakters erst spät zur Operation kommt, die so sehr gefürchteten Metastasen in den Nachbarorganen. Auch aus unseren Material ist zu ersehen, dass obige Komplikationen am häufigsten bei malignen Geschwülsten vorkommen. Eine Metastasierung der gutartigen

Geschwülste kennen wir nicht, so dass mit der Entfernung des Tumors auch die Trägerin von ihrem Leiden befreit ist, ohne dass eine spätere Neubildung zu erwarten ist.

Ich will nun in Kürze über 100 in hiesiger Klinik vom März 1905 bis Nov. 1907 ausgeführter Ovariotomien an der Hand der Krankengeschichten mit Einschluss des Verlaufs der Operation und der Diagnose berichten.

Nr. 1. M. Babette, 58. J. VIII. Entb. — 20. III. 1905: Coeliotom. Ovariot. dextr. — Kystom. papill. ovar. dextri.

Menopause seit 4 J. Seit über 1 J. Dickerwerden des Leibes. Manchmal r. Schmerzen. Kein Erbrechen. Obstipatio.

Nach Eröffnung d. Bauchhöhle präsentiert sich die eigentüml. weissliche, vollkommen glatte und runde, über mannskopfgrosse Geschwulst. Beim Anstechen derselben entleert sich ein eigentümlicher, gelblicher, wie dünnflüssiger Eiter aussehender Inhalt. Die Geschwulst geht mit kurzem Stiel von den r. Adnexen aus und wird entfernt. Die Innenwand der entleerten Geschwulst zeigt an einzelnen Stellen papilläre Wucherungen. Die l. Adnexe können nicht entfernt werden, weil sie durch eine Inguinalhernie vollkommen fixiert sind. Gebessert entlassen.

Nr. 2. V. Marie, 30 J. steril. — 20. III. 1905. Coelitom. Ovariotom. duplex. – Kystom. ovar. utriusque.

Menses regelm. Seit längerer Zeit merkt Pat. ein Stärkerwerden ihres Leibes. Ständig etwas Kreuzschmerzen. Obstipatio.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich eine hauptsächlich linksliegende, bis zum Nabel reichende und eine etwas weniger hoch hinaufreichende mehr nach r. gelagerte Geschwulst. Beide Tumoren dünnwandig, cystisch, bläulich, nicht besonders prall gefüllt, vom Peritoneum rings umkleidet, subserös. entwickelt. Die r. Geschwulst mit dem Netz verwachsen. Es entleert sich bei der Punktion eine dünne, etwas braungelbe fadenziehende Flüssigkeit. Ganz die gleichen Verhältnisse bei dem l. Tumor. Geheilt entlassen.

Nr. 3. S. Maria, 12 J. — 9. V. 1905. Coeliot. Ovariot sin. — Linksseitiger maligner Ovarialtumor.

Seit 6 Wochen Schmerzen unterhalb der Nabelgegend. Seit 8 Tagen Dickerwerden des Leibes.

Abdomen kugelig aufgetrieben. Tumor im ganzen ziemlich beweglich, schmerzhaft. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zunächst reichliche strohgelbe, dünne Flüssigkeit. Die Geschwulst selbst ist rötlich, anscheinend solid, überall prall und glatt, kleinmannskopfgross, mit dem Netz und den Dünndarmschlingen oben und rechts verwachsen. Die Geschwulst geht von den linken Adnexen aus. Geheilt entlassen.

Nr. 4. N. Therese, 33 J. steril. — 4. V. 1905. Coeliot. Ovariot. dextr. — Haematoma. ovar. dextr.

Menses regelmässig, vor und nach den Menses Schmerzen beim Stuhlgang und Wasserlassen. Obstipatio.

Rechtsseitige, augenscheinlich cystische Geschwulst, über kindskopfgross, in den oberen Teilen frei, in den unteren überall fest verwachsen. Inhalt: Dickes bräunliches Blut. Auch die linken Adnexen erscheinen wie in ein halbfaustgrosses Convolut verwandelt von

demselben schmierigen Inhalt. L. nur die Tube entfernt, da das Ovar. selbst normal erscheint. Geheilt entlassen.

Nr. 5. H. Lina, 35 J. Entbind. — 15. V. 1905. Coeliot. Ovariot. sin. — Haematoma ovar. sin.

Seit 4—5 J. Menses 3wöchentlich; sehr starker Blutverlust. Pat. klagt über Schwäche im Kreuz, besonders vor und während der Menses. In der letzten Zeit starken Harndrang.

Im Douglas querverlaufend eine wurstförmige Resistenz, beweglich, empfindlich; Peritoneum und Netz bräunlich verfärbt. Auf der linken Seite des Ut. eine etwa faustgrosse Geschwulst, schlaffcystisch, vom Boden des linken Beckens mit der Rückseite des Lig. lat. ausgedehnt, aber nicht fest verwachsen. Geht vom linken Ovar. aus. Inhalt: Dickes schmieriges Blut. Geheilt entl.

Nr. 6. G. Kätchen, 27 J. — 15. V. 1905. Coeliot. Ovariot. sin. — Fibrosarkom. ovar. sin.

Vom r. Scheidengewölbe überkindskopfgrosser, harter Tumor fühlbar, ziemlich frei, beweglich, bis über den Nabel hinaufreichend. Vollkommen glatte, eigentümlich weisslich aussehende Geschwulst von ganz unregelmässiger Gestalt; geht von dem l. ovar. aus. R. ovar. auch etwas vergrössert. Geheilt entl.

Nr. 7. D. Sabina, 26 J. — 16. V. 1905. Coeliot. Ovariot. dextr. — Kystoma. multiloc. ovar. dextr.

In der Mitte des Leibes eine kleinmannskopfgrosse, ziemlich derb sich anfühlende, wenig bewegliche Geschwulst. Sie ist überall überdeckt von dem ausgezogenen und tief im kleinen Becken verwachsenen Netz. Der unterste Teil der Geschwulst ist überall in ausgedehntester Weise im kleinen Becken mit dem

Ut. und dem Lig. lat. verwachsen. Beim Platzen der Geschwulst quillt schwarzes Blut hervor. Die Geschwulst geht von der rechten Seite aus. Geheilt entlassen.

Nr. 8. P. Amalie, 27 J. I. Entb. — 23. V. 1905. Coeliot Ovariot. dextr. — Kystom. multiloc. ovar. dextr.

Menses regelmässig, letzte Menses vor 7 Wochen. Seit 1 Jahr, seit der Entbindung Kreuzschmerzen.

Direkt hinter dem Uterus ein gut faustgrosser Tumor, von mässig harter Consistenz. Er ist vollkommen frei, liegt im Douglas und geht von den r. Adnexen aus. Er erweist sich als ein stark multilocul. Ovarialcystom. Geheilt entlassen.

Nr. 9. B. Anna, 20 J. Entbind. — 29. V. 1905. Coeliot. Ovariot. sin. — Kystom. ovar. sin.

Menses regelmässig. Seit 5 Wochen bemerkt Pat. ein Stärkerwerden des Leibes. Seit 8 Tagen klagt sie über Schmerzen im Unterleib.

Abdomen sehr stark aufgetrieben durch einen an Grösse dem 7—8 monatlichen graviden Ut. entsprechenden Tumor, der vollkommen glatt und prall ist. Als Inhalt entleert sich unter hohem Druck reichlich hellgelbe Flüssigkeit. Der Tumor geht von der l. Adnexen mit einen handbreitem Stiel aus. Geheilt entlassen.

Nr. 10. G. Marg., 42 J. IV. Entb. — 31. V. 1905. Colpotomia post. Ovariot. dextr. — Kystom. dermoid. ovar. dextr.

Menses regelmässig. Pat. klagt seit 10 Jahren über starken Harndrang ausserdem über Druck nach vorne und unten.

Im Douglas faustgrosser Tumor, frei beweglich. Er geht von den r. Adnexen aus und entleert dermoidalen Inhalt. Geheilt entlassen.

Nr. 11. Sch. Anna, 27 J. II. Entb. — 3. VII 1905. Coeliot. Ovariot. sin. — Kystom. ovar. sin.

Menses vor der Verheiratung und bis nach der 2. Geburt regelmässig. Seit 1 J. häufiger, zuerst 3-wöchentlich, dann alle 14—8 Tage. Seit 4 Wochen mit kleinen Unterbrechungen beständige Blutungen und Schmerzen im Unterleib. Seit 8—14 Tage starken Harndrang. L. an den Ut. anschliessend eine kleinfaustgrosse Geschwulst von glatter Oberfläche, elastisch, frei beweglich, etwas schmerzhaft. Sie erweist sich als eine Cyste des l. Ovariums. Geheilt entlassen.

Nr. 12. Sch. Josefine, 52 J. V. Entb. — 20. VII. 1905. Coeliot. Ovariot. dextr. — Kystom. ovar. dextr. multiloc. pseudomucinos.

Menses früher regelmässig, wurde im vorigem Jahre unregelmässig und ist eine Zeit lang ganz ausgeblieben. Seit 2 Monaten bemerkt Pat. ein Stärkerwerden ihres Leibes und klagt über Schmerzen im Leib.

Abdomen stark gleichmässig aufgetrieben, in den unteren Teilen der Bauchdecken stärkeres Ödem, ebenso in beiden unteren Extremitäten. Sehr dünnwandige, bläulich schimmernde Geschwulst, nach unten hin überall frei, nach oben hin mit den Bauchdecken, dem Netz, den Darmschlingen ausgedehnt, aber leicht verwachsen. Inhalt: Ungeheure Menge dünner, bräunlichgrauer pseudomucinöser Flüssigkeit. Die Geschwulst geht von den r. Adnexen aus, ist überaus multiloculär und leicht zerreisslich. L. Ovar. atrophisch. Geheilt entlassen.

Nr. 13. H. Johanna, 48 J. III. Entb. — 26. VII. 1905. Coeliot. Ovariot. dupl. — Kystom ovar. dupl. Carc. periton.

Menses früher regelmässig. Menopause seit 15 J. Seit 1 Jahr Scheidenvorfall. Ringbehandlung. Vor 3 Tagen Beschwerden beim Wasserlassen.

Rechtsseitig sehr hochliegende, kindskopfgrosse, unregelmässige Geschwulst, überlagert von dem zum Teil atrophischen, zum Teil von harten Knoten durchsetzten Peritoneum; die Geschwulst ist polycystisch und mit Ausnahme der Netzverwachsungen vollkommen frei.

Inhalt: Trübe, dünne Flüssigkeit.

Die linksseitige Geschwulst ist kleiner; Punction: rötlichbraune ziemlich dünne Flüssigkeit. Das Netz ist bretthart, zum Teil 3 cm dick Infiltriert. Gebessert entlassen.

Nr. 14. D. Lina, 29 J. I. Entb. Abort (IV. mens) — 28. VII. 1905. Coeliot. Ovariot. sin. — Kystom. dermoid. ovar. sin. Graviditas.

Menses regelmässig. Letzte Menses vor 4 Mon. Vor 3 Wochen bekam Pat. plötzlich heftige Schmerzen zu beiden Seiten des Unterleibes, die allmählig nachliessen; Vor 6 Tagen traten sie wieder auf.

Ut. im 4. Monat gravid. L. daneben eine faustgrosse anscheinend polycystische, bewegliche Geschwulst, die vom l. Ovar. ausgeht. Sie ist 3 querfingerbreit mit einer Darmschlinge verwachsen. In der Bauchhöhle überall seröse, etwas blutige Flüssigkeit. Geheilt entlassen.

Nr. 15. L. Barbara, 48 J. VII. Entb. — 29. VII. 1905. Coeliot. Ovariot. dupl. — Kystom. multiloc. pseudomucinos ovar. dextr.

Menses früher regelmässig. Menopause seit 6 J. Seit 7 Monaten bemerkt Pat. ein Stärkerwerden des Leibes. Keine Leibschmerzen. Brennen beim Wasserlassen.

Abdomen ziemlich stark aufgetrieben durch eine mannskopfgrosse Geschwulst, die zum Teil cystisch, zum Teil solid ist und mit breitem Stiel von d. r. Adnexen ausgeht. Der Stiel ist um 160° torquiert. L. Ovar. ist atrophisch und wird wegen des Alters der Pat. und der eventuellen Maliquität der r. Geschwulst auch entfernt. Gestorben 2. VIII. 1905.

Nr. 16. Sch. Maria, 32 J. — 3. VIII. 1905. „Freund Wertheim" Abdominal. Totalexstirpation cum adnex. — Papilloma ovar dupl.

Menses regelmässig. Seit 5 Monaten Stärkerwerden des Leibes, Spannungsgefühl. Beschwerden beim Wasserlassen.

Abdomen gleichmässig aufgetrieben, deutliche Fluctuation. Jn der Bauchhöhle reichliche dunkelgefärbte Ascitesflüssigkeit. Das Netz mit dem parietalen Blatt des Peritoneums und mit dem Tumor verwachsen. Letzterer ist äusserst prall, über kindskopfgross und mit dem Ut. breit verwachsen. R. hinter dem Ovar. entsprechend reichlich papilläre Massen, ebenso l. hinter dem grösseren Tumor auch papilläre Massen. Wegen der Malignität der Geschwülste Totalexstirpation des Uterus mit den Adnexen. Geheilt entlassen.

Nr. 17. S. Helene, 48 J. I. Entb. vor 5 J. — 10. VIII. 1905. Coeliot. Ovariot. dextr. Herniotomia. — Kystom. ovar. dextr. Hernia abdominal.

Menses regelmässig; letzte Menses vor 14 Tagen.

Abdomen total aufgetrieben durch einen weit über

mannskopfgrossen, anscheinend cystischen Kolossaltumor. In der Mitte zwischen Symphyse und Nabel befindet sich eine ungefähr handtellerbreite Stelle, an der die Bauchhaut nach Art einer Hernie auffällig verdünnnt erscheint und unter welcher ein Convolut von Darmschlingen liegt, der auf Reiz lebhafte peristaltische Bewegungen zeigt. Leibesumfang 105 cm. Die Geschwulst ist überall an der Vorderwand und zum grössten Teil auch an der Rückwand infolge peritonitischer Adhaesionen und Darmauflagerungen verwachsen. Der Tumor platzt und entleert sehr grosse Mengen bräunlich gelber seröser Flüssigkeit. Geheilt entlassen.

Nr. 18. R. Anna, 29 J. — 14. IX. 1905. Coeliot. Ovariot. dextr. — Kystom. ovar. dextr. pseudomucinos.

Abdomen stark aufgetrieben durch eine gleichmässige elastische Geschwulst von der Grösse eines hochschwangeren Ut. Die Geschwulst ist vollkommen glatt, schimmert weisslich und geht von der r. Adnexen aus. Unter hohem Druck entleert sich eine äusserst reichliche Menge dünner pseudomucinöser Flüssigkeit. L. Ovar. ist ziemlich vergrössert. Geh. entl.

Nr. 19. V. Barbara, 55 J. I. Entb. — 7. X. 1905. Coeliot. Ovariot. sin. — Kystom. simpl. ovar. sin. Tumor renis. dextr.

Menses früher regelmässig; seit 2 J. Menopause. Seit $1^1/_4$ J. verspürt Pat. Schmerzen im Unterleib, besonders r. vom Nabel, die vor 10 Tagen plötzlich stärker werden.

Bei der Palpation fühlt man über dem Beckeneingang einen nicht ganz mannskopfgrossen, wenig beweglichen Tumor von prall elastischer Consistenz.

R. tief unten bis unter den Rippenbogen reichend und andererseits auf der Darmbeinschaufel wenig beweglich aufliegend eine gut 2 faustgrosse, ziemlich derbe, elastische Geschwulst, die nicht besonders empfindlich ist. Die Operation zeigt, dass von den linken Adnexen eine weissliche, überall freie, glatte cystische Geschwulst ausgeht. Deren Punktion ergibt reichliche Mengen einer dünnen, trüben, gelblichen Flüssigkeit. Es bestehen membranöse Verwachsungen. In der rechten Nierengegend präsentiert sich eine gute 2faustgrosse, ziemlich derbe, wenig verschiebliche Geschwulst. Geheilt entlassen.

Nr. 20. H. Emilie, 29 J. III. Entb. — 2. XI. 1905. Coeliot. Ovariot. dupl. Punctio. abscess. Douglasii — Papillom. ovar. dupl. Peritonit. chron. adhaesiv. Periton. Douglasii purulenta et acut.

Menses regelmässig. Vor $1^1/_4$ Jahr wurde ein linksseitiger Adnextumor festgestellt, der in den letzten Tagen stark gewachsen sein soll.

Abdomen stark aufgetrieben, ausgesprochene Fluctuation. L. ein ca. kindskopfgrosser, frei beweglicher Tumor palpierbar. Nach Eröffnung der Bauchhöhle quillt eine ausserordentliche Menge einer ziemlich dünnen, trüben, etwas fadenziehenden Flüssigkeit hervor. Dann zeigt sich der kleinmannskopfgrosse, rundliche, ziemlich glattwandige Tumor, der mit breitem und langem Stiel von den l. Adnexen ausgeht. Das r. Ovar. ist auch in eine gut orangengrosse Geschwulst verwandelt. Das Periton. parietale und viscerale ist verdeckt, zum Teil sammtartig und gerötet, überall subacut entzündet. Im Douglas befindet sich Exsudat, das Streptococcen enthält. Gestorben 5. XII. 1905.

Nr. 21. G. Magdalena 28 J. II. Entb. I. Abort (II m) — 10. VI. 1905. Coeliotomia. Ovariotom. dupl. — Degeneratio cystica. ovar. dupl. Graviditas (II—III.)

Menses regelmässig. Vor 4 Tagen eine Blutung, die über 1 Tag anhielt. Seitdem starke Leib- und Kreuzschmerzen. In den letzten Tagen rotbrauner Ausfluss.

Die Palpation ergibt: Corpus uteri fast 2 faustgross, kugelig, ziemlich hart. Links an den Ut. anschliessend ein weicher halbfaustgrosser Tumor. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man links vom Ut. eine halbfaustgrosse, längliche, cystische Geschwulst, die vollkommen frei ist und sich als das degenerierte linksseitige Ovarium erweist. Das rechte Ovarium ist in gleicher Weise verändert. Der Ut. ist augenscheinlich gravid (III m). Geheilt entlassen.

Nr. 22. H. Magdal., 59 J. IV. Entb. — 6. XI. 1905. Coeliotomia Ovariot. dupl. Amputat. ut. supravaginal. — Carcinoma ovar. dupl.

Menses früher regelmässig. Menopause seit 7 J. Seit 5 Wochen bemerkt Patientin eine Anschwellung in der rechten Seite des Unterleibes, die sich mässig schmerzhaft erweist.

Die Palpation ergibt hinter dem Ut., auch die linke Beckenhälfte ausfüllend, einen gut kindskopfgrossen, wenig beweglichen, unempfindlichen, prallcystischen Tumor. Auch rechts lässt sich eine sehr umfangreiche, vollkommen freie Geschwulst herauspalpieren. Die linksseitige, wesentlich grössere, den ganzen Douglas ausfüllende Geschwulst wird vor der Entfernung verkleinert durch Punktion. Die Punktion ergibt eine ziemlich dünne, gelbliche Flüssigkeit. Gebessert entlassen.

Nr. 23. R. Elise, 57 J. II. Entb. — 13. XI. 1905. Coeliot. Ovario. salpingotomia dupl. Amputat. ut. supravaginal. Resectio omenti. -- Kystom. ovar. sin. gelatinos. carcinomat. Pseudomyom peritonei et omentii.

Menses früher regelmässig. Menopause seit 12 Jahren. Seit 8 Wochen Stärkerwerden des Leibes; keine Schmerzen.

Abdomen gleichmässig aufgetrieben. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich die stark rauhe, mit Peritonealauflagerungen bedeckte Geschwulst, und es quellen aus der Tiefe des Beckens massenhaft gelatinöse Massen hervor. Die Geschwulst geht von den linken Adnexen aus. An den rechten Adnexen findet sich auch eine halbfaustgrosse gelatinöse Geschwulst. Das rechte Ovar. ist rechts und unten am Ut. verwachsen. Peritoneum und Netz verdickt und mit gelatinösen Implantationen besetzt. Entlassen am 3. XII. 1905.

Nr. 24. P. Mathilde, 42 J. Entb. — 27. XI. 1905. Coeliot. Solutio adhaesionum. Ovariotom sin. — Kystom. ovar. sin. Torsio pedunculi um 120°. Peritonit. adhaesiva.

Menses regelmässig. Seit 2 Wochen mässige Schmerzen im Unterleib, namentlich beim Sitzen. Kein Ausfluss. Im März, April und Mai dieses Jahres keine Menses, vom Juni an Menses unregelmässig und schwächer.

Links von dem Ut. fühlt man einen prallcystischen, beweglichen, unempfindlichen, fast bis zum Nabel reichenden Tumor. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man, dass die vordere Fläche der Geschwulst mit dem Peritoneum der vorderen Wand fest verwachsen ist, ferner überall mit dem Netz, mit dem Peritoneum des kleinen Beckens, besonders vorne und

links und mit der vorderen Fläche des Ut. Die Geschwulst geht von den linken Adnexen aus. Der Stiel ist um 120° gedreht. Das Peritoneum der vorderen Bauchwand verdickt und entzündet. Gebessert entlassen.

Nr. 25. M. Rosalie, 50 Jahre. V. Entb. I. part. Forceps. — 4. XII. 1905. Coeliot. Ovariot. dupl. Ablatio ut. myomatos. subser. — Kystom. ovar. sin. Myomat. ut. subseros. Peritonealcyst.

Menses regelmässig. Vor 7 Jahren Eudometritis. Seit 3 Jahren Menses stärker und länger. Seit $^1/_2$ Jahr Dickerwerden des Leibes, zeitweilige Harnverhaltung.

Die Palpation ergibt: Rechtes Ovar. bis handbreit über die Symphyse reichend ein kleinfaustgrosser, harter, sehr beweglicher Körper von der Form des corpus uteri, hinter der Portio bis 2 Querfingerbreit unter den Nabel reichend ein cystischer, beweglicher, mehr nach links entwickelter unempfindlicher Tumor. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich ein linksseitiges wallnussgrosses, dünngestieltes subseröses Myom des Ut., welches abgetragen wird. Der von den linken Adnexen ausgehende cystische Tumor ist im wesentlichen frei; er wird angestochen und entleert dünne, seröse Flüssigkeit. Das rechte Ovar., das leicht fixiert, aber sonst normal ist, wird mit Rücksicht auf das Alter der Patientin auch entfernt. Der Uterus ist kleinfaustgross und von sehr zahlreichen Auflagerungen und erbsengrossen peritonealen Cystchen bedeckt. Geheilt entlassen.

Nr. 26. Sch. Katharina, 68 J. IV. Entb. — 13. XII. 1905. Coeliotomia. Solut. adhaes. Ovariot. dextr. — Haematoma ovar. dextr. Torsio pedunculi peritonitis chron. adhaesiva.

Menses früher regelmässig; Menopause seit 16 J. Vor 8 Tagen traten Leib- und Kreuzschmerzen auf. Keine Blutung, kein Ausfluss; keine Abmagerung.

Die vollkommen tief im Douglas liegende Geschwulst ist derb, rundlich, kindskopfgross. Sie erweist sich an der Rückenfläche des Ut. und an der vorderen Fläche des Mastdarmes ausserordentlich fest und gleichmässig verwachsen. Die Geschwulst geht von den rechten Adnexen aus. Der Stiel ist mehreremale so fest um seine Achse gedreht, dass er einen derben, rundlichen Strang bildet. Der Inhalt der Geschwulst besteht aus dickem, geronnenem, etwas fadenziehendem Blut. Linkes Ovar. normal. Geheilt entlassen.

Nr. 27. Pf. Sabina, 40 J. IV. Entb. — 18. XII. 1905. Coeliot. (Pfannenstiel) Ovariot. sin. — Kystom. dermoid. Ovar. sin.

Menses regelmässig. Seit $^1/_2$ Jahr Dickerwerden des Leibes, begleitet von Schmerzen. Seit 1 Jahr zeitweilige Harnverhaltung. Obstipatio.

Der prallcystische, bewegliche Tumor ist mit dem Douglasperitoneum und zahlreichen Darmschlingen innig verwachsen. Er ist mannskopfgross und geht vom linken Ovarium aus. Angestochen entleert er sehr reichlichen, teigartigen, weissgrauen Dermoidbrei, rechtes Ovar. taubeneigross; sonst normal. Geheilt entlassen.

Nr. 28. L. Auguste, 54 J. I. Entb. — 18. XII. 1905. Exstirpatio ut. tot. vaginal. cum. adnex. sin. — Adenocarcinom. corp. ut. myomatos. Kystom. ovar. sin.

Bis vor 3 Jahren Menses regelmässig, dann Pause von mehreren Monaten. Seit 2 Jahren fast beständig unbedeutende Blutungen, seit 3 Monaten stärker. Seit

2 Jahren in den wenigen blutfreien Zeiten gelblich wässriger Ausfluss.

Die Palpation ergibt links neben dem Ut. ein halbfaustgrosser, beweglicher, rundlicher Tumor nicht empfindlich. Der Ut. selbst ist retrovertiert, etwas gross, nicht fixiert. Uterusgewebe sehr hart.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle quillt aus dem Douglas eine mächtige Menge ascitischer Flüssigkeit. Ut. vielfach von kleinen Fibromen durchsetzt; auf der hinteren Wand ist ein gut gänseeigrosses Fibrom aufgelagert. Links neben dem Ut. eine halbfaustgrosse Ovarialgeschwulst, deren Jnhalt aus gelblichem Dermoidbrei besteht. Geheilt entlassen.

Nr. 29. M. Hilda. Entb. — 15. XII. Coeliot. Ovariot. sin. — Kystom. ovar. sin.

Menses regelmässig. Seit 1 Jahr Schmerzen im Leib, seit $^1/_4$ Jahr Stärkerwerden des Leibes. Letzte Menses vor 7 Monaten.

Abdomen kolossal aufgetrieben durch eine prall cystische Geschwulst, deren Inhalt aus einer reichlichen Menge stark blutiger, dünner Flüssigkeit besteht, die mit reichlichem Fibringerinnsel durchsetzt ist. Unten im kleinen Becken, ebenso nach rechts ist die Geschwulst frei, links und oben mit der Bauchwand ausgedehnt fest verwachsen, geht von der linken Seite aus. Geheilt entlassen.

Nr. 30. M. Marg., 36 J. III. Entb. — 16. XII. 1905. Coeliot. (Pfannenstiel.) Ovariot. dextr. — Kystom. ovar. dextr. Torsio pedunculi. um 45°.

Menses regelmässig. Seit der letzten Entbindung vor 2 Jahren hat Patientin starken Leib, der namentlich in der letzten Zeit auffallend dicker geworden ist. Keine Schmerzen, keine Menstruationsstörungen.

Abdomen kugelig aufgetrieben. Leibumfang 78 cm. Man fühlt in der Mitte einen mässig prallcystischen, rundlichen Tumor, dem links mehrere harte Knoten sich anzusetzen scheinen. Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentiert sich ein Ovarialtumor, der von der rechten Seite ausgeht und nirgends verwachsen ist. Der Stiel ist um 45° torquiiert. Geheilt entlassen.

Nr. 31. B. Elisabeth, 38 J. VII. Entb. — 19. I. 1906. Coeliot. (Pfannenstiel) Ovariot. dextr. Appendicitom. Ventrifix. ut. Kystom. ovar. dextr. Pelveoperitonit. chron. adhaes. Appendicit. chron.

Menses regelmässig. Leib nicht dicker geworden. In letzter Zeit geringe Blutung, Schmerzen beim Wasserlassen, öfter Harndrang.

Die Palpation ergibt, dass der Ut. etwas nach links gedrängt ist, unmittelbar rechts vom Ut. ein kindskopfgrosser nicht empfindlicher Tumor. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich das Netz mit der vorderen Bauchwand verwachsen und im Zustande der Entzündung. Unter dem Netz liegt der überall mit den Därmen verwachsene Ovarialtumor von blauroter Färbung. Beim Lösen der Verwachsungen platzt der Tumor und entleert serös blutigen Inhalt. Der Proc. vermif. stark geschlängelt, aussen verdickt und mit der Umgebung verwachsen, wird entfernt. Der Ut. wird an der Bauchwand fixiert. Geheilt entlassen.

Nr. 32. W. Barbara, 50 J., ledig — 1. II. 1906. Coeliot. Ovariot. sin. Enucleat. myom. ut. — Carcinoma. ovar. sin. Uterus myom.

Elend aussehende Frau; grosses Struma; Abdomen stark aufgetrieben durch eine im oberen Teil augenscheinlich cystische, fast handhoch über den Nabel

reichende Geschwulst, nach rechts von der Lin. alba eine etwa $1^1/_2$ faustgrosse, sehr harte knollige Masse, die sich von dem cystischen Teil bestimmt abhebt. Beim Eröffnen des Peritoneums ergiesst sich eine helle ascitische Flüssigkeit. Ut. durch multiple Myome von $^1/_2$ Faustgrösse durchsetzt. Seine linken Ränder gehen auf eine sehr dünne, wandige cystische Geschwulst über. Punktion ergibt eine gelbliche dermoidbreiartige Flüssigkeit. Gebessert entlassen.

Nr. 33. B. Barbara, 39 J. V. Entb. — 28. II. 1906. Coeliot. Solutio adhaesion. Ovariot. sin. — Kystom. multiloc. pseudomucinos. ovar. sin. Periton. chron. adhaes.

Menses regelmässig; seit 1 J. Dickerwerden des Leibes. Spannungsgefühl unter dem Rippenbogen. Abmagerung.

Leib sehr stark ungleichmässig aufgetrieben. Links unterhalb des Nabels und über dem linken Darmbeinkamm zwei stärkere Hervorragungen. Leibesumfang 102 cm. Palpatorisch lässt sich links eine gut kindskopfgrosse Ceschwulst fühlen, an die sich nach rechts eine den ganzen Unterleib ausfüllende bis zum Nabelreichende schlaffe cystische Geschwulst anschliesst. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man, dass die polycystische Geschwulst vorne allseitig mit der Bauchwand fest verwachsen ist. Aus der grössten Cyste werden etwa 10 Liter bräunl. colloider Flüssigkeit entleert. Beim Hervorziehen der Geschwulst platzen einige andere pralle Cysten von gleichem Inhalt. Das rechte Ovar. vollkommen normal. Geheilt entlassen.

Nr. 34. R. Karolina, 39 J. V. Entb. — 1. III. 1906. Coeliot. Solut. adhaes. Ovariot. dextr. — Kystom. pseudomucinos. multilocul. ovar. dextr. Torsio pedun-

culi um 405°. Adhäs. gravissimae inter tumor, omenti et. periton. parietal.

Menses regelmässig. Keine Beschwerden. Seit $^3/_4$ J. Dickerwerden des Leibes. Keine Schmerzen.

Abdomen höckerig aufgetrieben. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man, dass der polycystische Tumor mit dem Netz und dem Peritoneum verwachsen ist. Punktion des Tumors gelingt nur teilweise, weil der Inhalt ziemlich zähflüssig ist und der Tumor aus mehreren gegeneinander abgeschlossenen Cysten besteht. Der Tumor geht von den rechten Adnexen aus. Der Stiel bildet eine 6 cm lange Spirale mit dicht aneinander gelagerten Windungen und ist um 405° gedreht. Die linken Adnexe unverändert. Geheilt entlassen.

Nr. 35. W. Susanna, 55 J. III. Entb. I. Part. Forceps 2 Aborte spontan. — 12. III. 1906. Coeliot. Ovariot. dupl.— Kystom. multilocul pseudomuc. ovar. sin.

Menses früher regelmässig. Menopause seit 3 J. Seit $^3/_4$ Jahr Dickerwerden des Leibes, besonders in der letzten Zeit Abmagerung.

Leib kugelig aufgetrieben. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich die Geschwulst ungeheuer multiloculär, aus zahllosen kleinen Cystchen von dickem gallertartigem Inhalt bestehend. Nach hinten eine Cyste mit dünnem Inhalt. Die vordere Fläche arg verwachsen. Rechtes Ovar. ist stark atrophisch, narbig und wird in Rücksicht auf das Alter der Patientin auch entfernt. Geheilt entlassen.

Nr. 36. M. Anna, 55 J. — 20. III. 1906. Exstirpat. ut. vaginal. tot. cum. adnex. dextr. — Endometrit. glandul. Carcin. ovar. dextr.

Patientin war schon im vorigen Jahr wegen Blutung 14 Tage in klinischer Behandlung. Seit 8 Tagen blutet Patientin wieder stark.

Sehr grosse Portio, vordere Lippe ektropioniert, Ut. retrovertiert, vergrössert. Rechts an ihm sich anschliessend eine gut hühnereigrosse, cystische Geschwulst. Angestochen entleert die rechtsseitige Ovarialgeschwulst eine grosse Menge heller, seröser Flüssigkeit. Darauf wird die immerhin noch faustgrosse multilocul. Geschwulst entfernt. Linkes Ovar. normal. Geheilt entlassen.

Nr. 37. St. Doreth., 60 J. II. Entb. I. part. Forceps. — 20. III. 1906. Coeliot. Ovariot. dupl. Kystom. papillaris carcinomat. Ovar. sin.

Menses früher regelmässig. Menopause seit 10 Jahren. Seit $^1/_2$ Jahr Dickerwerden des Leibes, in der letzten Zeit schneller. Keine Abmagerung. Vor 10 Jahren Schlaganfall. Beine und Blase gelähmt.

Patientin sehr stark Pannicul. adipos. Abdomen stark aufgetrieben. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man, dass die über mannskopfgrosse, schlaffe, cystische Geschwulst von der linken Seite des kleinen Beckens ausgeht und hier tief und breit aufsitzt, während die ganze obere Partie vollkommen frei ist. Bei der Punktion entleert sich eine gelblich colloide Flüssigkeit in grossen Mengen. Die Geschwulstwand ist sehr zerreisslich. Die Wand bricht ein und es entleeren sich wiederholt papilläre, markig aussehende Massen. Die rechten Adnexe fest verwachsen, aber unverändert, werden wegen des malignen Characters der Geschwulst und des Alters der Patientin auch entfernt. Geheilt entlassen.

Nr. 38. Sch. Christine, 59 J. III. Entb. — 3. IV. 1906. Coeliot. Ovariot. sin. — Kystom. ovar. sin.

Menses früher regelmässig. Menopause seit 17 J. Blutung in wechselnder Stärke. Keine Abmagerung.

Beim Bücken leichte Schmerzen im Unterleib. Seit 14 Tagen Dickerwerden des Leibes.

Das ganze Abdomen ausgefüllt durch einen bis zum Rippenbogen reichenden, unempfindlichen, gut beweglichen, prallcystischen Tumor. Mit dem Troicar angestochen, entleert er sehr reichliche Mengen bräunlicher, dünner Flüssigkeit. Der Rest der Geschwulst besteht aus soliden Partieen, die sich beim Durchschneiden als kleine, dickwandige Cystchen mit weisslichem, rahmigen Inhalt erweisen. Rechte Adnexe unverändert. Geheilt entlassen.

Nr. 39. R. Marg., 26 J. II. Entb. — 19. IV. 1906. Coeliot. Solut. adhaes. Ovariot. sin. — Kystom ovar. sin. adhaes. multipl.

Menses regelmässig. Seit 14 Tagen Stärkerwerden des Leibes.

Abdomen kugelig aufgetrieben. Leibesumfang 105 cm. Bauchdecken straffgespannt. Consistenz des Tumor gleichmässig prallcystisch. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man, dass die Geschwulst in der ganzen Ausdehnung mit der vorderen und seitlichen Bauchwand ebenso mit dem Netz verwachsen ist. Die Punktion der sehr dickwandigen Geschwulst ergibt eine reichliche Menge ziemlich dünner Flüssigkeit. Die immer noch sehr grosse und massige Geschwulst wird nach Lösung der Verwachsungen entfernt. Die rechten Adnexe normal. Geheilt entlassen.

Nr. 40. W. Marg., 44 J. I. part. Forceps. II. part. Wendung I Abort ($3^1/_2$ m) — 21. III. 1906. Coeliot. Ovariot. dextr. — Kystom. intraligam. ovar. dextr.

Menses regelmässig. Seit 16 Jahren soll der Leib stärker als normal gewesen sein, seit ein $^1/_4$ Jahr rasche Zunahme.

Abdomen gleichmässig aufgetrieben. Leibesumfang ist 98 cm. Im Douglas das untere Segment eines prallcystischen, runden Tumors. Der über mannskopfgrosse Tumor ist auf beiden Seiten ziemlich locker mit der vorderen Bauchwand verwachsen; mit einem Troicar angestochen entleert der Tumor reichliche Mengen dünner Flüssigkeit. Der Rest der Geschwulst wird ziemlich leicht ausgeschält und erweist sich von dem rechten Ovar. ausgehend, während das linke etwas gross, aber unverändert ist. Geheilt entlassen.

Nr. 41. A. Theresia, 57 J. 13. Entb. 3 Abort — 26. V. 1906. Coeliot. Salut. adhaes. Ovariot. dupl. — Carc. ovar. dupl.

Menses früher regelmässig. Menopause seit 4 J. Seit 1 Jahr starke Schmerzen im Unterleib und Dickerwerden des Leibes. Häufiger Harndrang.

Die linke Beckenhälfte ebenso der Douglas ausgefüllt von harten, unempfindlichen Tumormassen, die an der rechten Uteruskante angelagert sind und sich nach oben fortsetzen. Abdomen gleichmässig aufgetrieben. Leibesumfang ist 105 cm; Man fühlt im Abdomen einen bis über den Nabel reichenden derben Tumor. Die Geschwulst ist äusserst multiloculär, zum Teil auch knollig und solid aussehend, sie geht vollkommen frei mit einem breiten Stiel von den linken Adnexen aus. 2 grosse Cysten entleeren helle Flüssigkeit. Das rechte Ovar. ist ebenfalls in eine äusserst knollige, zum grossen Teil solide Geschwulst verwandelt, die im kleinen Becken mit der Rückwand des Uterus, dem Peritoneum der rechten und hinteren Blasenwand äusserst innig verwachsen ist. Der Stiel der Geschwulst ist kurz und ziemlich dick. Im linken Leberlappen wird ein etwa haselnussgrosser und ein erbsengrosser Knoten gefühlt. Gestorben am 6. VI. 1906.

Patholog. anatom. Diagnose:

Peritonit. diffus. serofibrinosa. Empyem proc. vermiform. Abscess. perytyphl. Obesitas et. Myodegeneratio cordis. Endocardit. fibros. chron. Oedem. pulmon. Metastasen hepatis.

Nr. 42. H. Kath., 52 J. Entb. — 23. V. 1906. Coeliot. Ovariot. dupl. Incis. cyst. Douglas. vaginal. — Kystom. ovar. utriusque. Kystom. Douglas. origine incertum.

Menses regelmässig. Seit $^1/_2$ J. Dickerwerden des Leibes. Seit 3 Monaten Leibschmerzen. Keine Abmagerung.

Abdomen aufgetrieben durch einen gut mannskopfgrossen, etwas unregelmässigen Tumor von elastischer Consistenz. Douglas vorgewölbt durch eine kleinfaustgrosse elastische Geschwulst. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man, dass die vollkommen glatte Geschwulst überall frei ist und von den rechten Adnexen ausgeht. Die Hauptcyste wird angestochen und entleert ganz dünne, etwas blutige Flüssigkeit neben sehr reichlichem Fibringerinnsel. Der Stiel ist um 180° torquiert. Wegen Verdacht der Malignität wird auch das linke in eine taubeneigrosse Cyste aufgetriebene Ovarium entfernt. Unterhalb des Uterus im Douglas noch eine vollkommen freie, gut faustgrosse, prallcystische Geschwulst, welche von der Scheide aus incidiert wird und sehr reichliche stark blutige, dünne Flüssigkeit entleert. Geheilt entlassen.

Nr. 43. Anna K., 47 J. — 22. VI. 1906. Coeliot. Solutio. adhaes. ovariot. dextr. — Kystom. carcinom. ovar. dextr. Metastasen. periton. multipl.

Abdomen aufgetrieben, durch eine kleinmannskopfgrosse Geschwulst, die sich nicht verschieben

lässt. Hinter und rechts von der Portio sehr harte, knollige unverschiebbare Massen. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man, dass die Geschwulst glatt und vollkommen frei ist. Auf dem Periton. parietale des kleinen Beckens, ebenso wie auf der Oberfläche des Ut. zeigen sich zahlreiche, derbe, erbsengrosse, grauweissliche Knötchen. Teilweise Entleerung des ganz dünnen Cysteninhaltes, hierauf äusserst mühsame und schwierige Ablösung der Geschwulstknoten in der Tiefe des kleinen Beckens. Auch die linken Adnexe ausserordentlich fest verwachsen und teilweise mit grauweissen markigen Knötchen bedeckt. Die Austastung der Bauchhöhle ergibt eine diffuse harte Verdickung mit der Gegend des Pylorus. Gebessert entlassen.

Nr. 44. R. Maria, 59 J. Entb. — 30. VI. 1906. Coeliot. Solut. adhaes. gravissimar. Ovariot. sin. — Kystom. dermoid. ovar. sin. Pelveoperiton. chron. adhaes. gravissim.

Menses früher unregelmässig. Menopause seit 16 Jahren. Seit 2 Jahren Dickerwerden des Leibes. Seit $^3/_4$ Jahr Leib- und Kreuzschmerzen. Keine Abmagerung. Keine Blutung.

Abdomen leicht kugelig aufgetrieben. Leibesumfang 89 cm. Die dünnen, fettarmen Bauchdecken sind sehr straff gespannt durch einen bis zum Rippenbogen reichenden, unempfindlichen, unverschieblichen Tumor von prallcystischer Consistenz mit einzelnen, wesentlich härteren Partieen. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man, dass die Geschwulst vorne überall frei ist. In der Tiefe des kleinen Beckens, besonders nach rechts fühlt man ungemein derbe, knollige Massen. Die Geschwulstmasse ist mit der Rückfläche des Lig. lat. und des Ut. verwachsen. Der Inhalt ist ausgesprochener Dermoidbrei. Die Wände des Darms und

das Bindegewebe kolossal schwartig verdickt. Die rechten Adnexe, Tube und Ovarien gleichfalls unentwirrbar mit den schwartigen Massen an der Flexur verwachsen. Gestorben am 5. VII. 1906.

Patholog. anatom. Diagnose:

Atrophia fusca cordis. Hypertroph. ventriculi sin. Endocard. fibros Hydronephrose bilateral.

Nr. 45. K. Monika, 44 J. V. Entb. — 22. VII 1906. Coeliot. Ovariot. dextr. — Kystom. ovar. dextr.

Menses regelmässig. Seit $1^1/_2$ Jahr Dickerwerden des Leibes. Keine Schmerzen, keine Blutung.

Leib gleichmässig aufgetrieben durch einen mannskopfgrossen, schlaffcystischen, beweglichen, unempfindlichen Tumor. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich der Tumor überall frei, gut beweglich, von dem rechten Ovar. ausgehend. Angestochen entleert sich sehr reichlicher, dünnflüssiger Inhalt von grünlichbraunem Aussehen. Die linken Adnexe normal. Geheilt entlassen.

Nr. 46. W. Kath., 51 J. — 4. VII. 1906. Coeliot. Ovariot. dextr. — Kystom. carcinom. ovar. dextr.

Seit 6 Monaten Rückenschmerzen unter dem rechten Rippenbogen. Seit 5 Monaten Dickerwerden des Leibes.

Abdomen gleichmässig aufgetrieben (Leibesumfang 90 cm) durch eine cystische, gut bewegliche, unempfindliche Geschwulst, nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentiert sich die glatt und oben und links vollkommen freie Geschwulst. Sie ist gut mannskopfgross und sitzt rechts in der Tiefe des kleinen Beckens in grosser Ausdehnung fest. Inhalt ungemein zähflüssig von bräunlicher Farbe. Die unteren Teile der Geschwulst solid. Geheilt entlassen.

Nr. 47. Sch. Clothilde, 27 J. I. Entb. Totgeboren. 4 Abort spontan. — Coeliot. Ovariot. sin. — Graviditas. (III—IV m). Kystom. ovar. sin.

Menses regelmässig; letzte Menses vor 4 Monat. Patientin hält sich für gravid. Seit 14 Tagen unbedeutende Blutung. Keine Schmerzen.

Uterus kleinkindskopfgross, weich. Portio aufgelockert. Im Douglas eine faustgrosse, quergestellte Geschwulst, welche prallcystisch und nicht verschieblich ist. Sie geht vom linken Ovarium aus. Die rechten Adnexe vollkommen normal. Geheilt entlassen.

Nr. 48. O. Maria, 36 J. IV. Entb. - 13. VII 1906. Coeliot. Ovariot. sin. — Kystom. ovar. sin.

Menses unregelmässig. Anfangs Juni Blutung, ebenso am 3. und 4. Juli. Patientin hat mit 7. Jahre Typhus und mit 14 und 21 Jahren je eine Lungenentzündung durchgemacht.

Rechts und etwas vor dem Uterus dicht hinter der Symphyse ein kleinfaustgrosser, prallcystischer Tumor, der sehr beweglich und unempfindlich ist. Der Tumor ist glatt und vollkommen frei. Die Punktion ergibt reichlich helle, seröse Flüssigkeit. Die rechten Adnexe normal. Geheilt entlassen.

Nr. 49. R. Marg., 47 J. VIII. Entb. — 9. VII. 1906. Coeliot. Ovariot. sin. — Kystom. ovar sin. Kystom. ovar. sin.

Menses regelmässig. Seit fast 1 Jahr Stärkerwerden des Leibes. Keine Schmerzen, keine Abmagerung.

Abdomen gleichmässig aufgetrieben durch einen sehr schlaff cystischen, bis in die Mitte zwischen Nabel und Proc. cusiform. reichenden, beweglichen, unempfindlichen Tumor. Leibesumfang 89 cm. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man, dass die Ge-

schwulst sehr dünnwandig und überall frei ist. Sie besteht aus einer mannskopfgrossen, einkammerigen Cyste von dünnflüssigem, hellgelbem Inhalt. Geheilt entlassen.

Nr. 50. Str. Kath., 52 J. Entb. — 31. VII. 1906. Coeliot. Ovariot. sin. — Kystom. multilocur. ovar. sin.

Menses regelmässig. Seit 6 Jahren Menopause. Seit einigen Monaten Dickerwerden des Leibes. Seit einigen Tagen Schmerzen im Unterleib. Keine Abmagerung.

Bei Eröffnung der Bauchhöhle ergiesst sich reichlich, dünne colloide Flüssigkeit wahrscheinlich aus der Geschwulst. Diese besteht aus vielen Cysten. Mehrere Cysten werden entleert. Die Geschwulst geht von der linken Seite mit einem ziemlich breiten Stiel aus. Rechtes Ovar. stark atrophisch verwachsen. Geheilt entlassen.

Nr. 51. M. Maria, 23 J. Entb. — 6. VIII. 1906. Coeliot. Ovariot. sin. — Kystom. ovar. sin.

Erst seit 8 Tagen Dickerwerden des Leibes. Seit etwa 3 Wochen Druckgefühl auf den After. Unbedeutende Leibschmerzen.

Die Palpation ergibt vor den Ut. einen gut kindskopfgrossen schlaffcystischen, beweglichen Tumor welcher nicht empfindlich ist. Nach der Eröffnung der Bauchhöhle sieht man den glatten vollkommen freien Tumor, der vom linken Ovar. ausgeht. Die Punktion ergab dünnflüssigen, serösen Inhalt. Geheilt entlassen.

Nr. 52. H. Marg., 52 J. IV. Entb. — 7. VIII. 1906. Coeliot. Amputat. ut. supravag. cum adnex. — Carc. ovar. sin.

Menses früher regelmässig. Menopause seit 2 Jahren. Seit 3 Monaten Schmerzen im Leib, die in den letzten 14 Tagen stärker werden. Abmagerung.

Die Palpation ergibt hinter der Symphyse einen ziemlich derben, unverschieblichen Tumor. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man links vom Ut. einen anscheinend soliden, dem linken Ovarium entsprechenden, mannskopfgrossen Tumor. Er ist im Douglas'schen Raum fest verwachsen, ebenso links mit der Flexur. Erbsenbreiartiger Inhalt. Gebessert entlassen.

Nr. 53. K. Paula, 37 J. II. Entb. — 14. VIII. 1906. Colpo. coeliot. ant. Solut. adhaes. Ovario. — salpingotom. dextr. — Kystom. ovar. dextr. Perimetritis. Perisalpingitis.

Menses regelmässig. Mit 12 Jahren Blinddarmentzündung. Seit $1^1/_2$ Jahr unregelmässige Blutungen ausserhalb der Zeit der Menses. Seit $^1/_2$ Jahr Blutungen fast andauernd. Seit 2 Monaten Schmerzen in der rechten Seite, in's rechte Bein ausstrahlend.

Die Palpation ergibt, dass das rechte Ovar. hühnereigross beweglich und nicht besonders empfindlich ist. Nach Anstechung des rechten Ovarialtumores werden die rechten Adnexe abgetragen. Geheilt entlassen.

Nr. 54. Sch. Sabina, 45 J. V. Entb. — 29. VIII. 1906. (Pfannenstiel) — Coeliot. Ovariot. sin. — Kystom. ovar. sin. Endometritis.

Menses unregelmässig. Letzte Menses vor 6 Mon. Vor 2 Monaten Blutungen, allmählich stärker werdend. Jetzt wieder Blutungen.

Palpatorisch fühlt man links vom Ut., dem hinteren Scheidengewölbe breit aufsitzend, eine kleinfaustgrosse, mässig derbe, unempfindliche Geschwulst,

welche sich verschieben lässt. Nach Eröffnung des Peritoneums sieht man die faustgrosse, cystische Geschwulst, die glatt und vollkommen frei ist und von den linken Ovar. ausgeht. Die Punktion ergibt dünnflüssigen, serösen Inhalt. Geheilt entlassen.

Nr. 55. M. Marie, 26 J. I. Entb. — 1. IX. 1906. Coeliot. Resectio cystic. — Kystom dermoid. puriform. ovar. dextr.

Menses regelmässig. I. Part. vor 2 Monaten, seitdem bettlägerig. Keine Schmerzen.

Rechts an den Ut. sich anschliessend, die ganze rechte Beckenhälfte ausfüllend, nach oben bis zum Rippenbogen, nach hinten bis in die Nierengegend reichend, unempfindliche, vollkommen unverschiebliche, sehr derbe Massen palpatorisch fühlbar. Nach Eröffnung des Peritoneums zwischen Nabel und Darmbeinschaufel kommt man auf einen mannskopfgrossen, längsgestellten Abscess. Es lösen sich hievon Haare und 1 Zahn los, so dass der Tumor als vereitertes Dermoid erkannt wird. Breite Verwachsungen. Der obere Teil (ca $^2/_3$) der Geschwulst wird stumpf entfernt, der untere muss zurückgelassen werden. Geheilt entlassen.

Nr. 56. 49 J. — 2. IX. 1906. Coeliot. Ovariot. dupl. — Kystom multiloculär, pseudomucinos. ovar. dextr.

Menses unregelmässig. Seit 2 Jahren Menopause. Seit $^1/_2$ Jahr Schmerzen im Leib. Spannung und Gefühl der Völle. Seit 3 Wochen Dickerwerden des Leibes.

Abdomen stark und gleichmässig aufgetrieben. Leibesumfang 93 cm. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man die grosse multilocul. Geschwulst, welche glatt und vollkommen frei ist. Die Geschwulst ist

sehr dünnwandig und enthält dünne, colloide Flüssigkeit. Geheilt entlassen.

Nr. 57. B. Anna, 46 J. V. Entb. — 11. IX. 1906. Coeliot. Ovariot. dupl. — Kystom ovar. sin.

Menses regelmässig. Seit 5 Monaten Dickerwerden des Leibes. Seit 7 Wochen Schmerzen im Unterleib. Leib langsam, aber bedeutend stärker geworden. Abmagerung. Störungen im Wasserlassen.

Abdomen gleichmässig aufgetrieben durch eine prall elastische, über mannskopfgrosse, wenig bewegliche, cystische Geschwulst. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man, dass die Geschwulst mit der vorderen Bauchwand verwachsen ist. Die Punktion der äusserst prallen und gespannten Geschwulst ergibt eine grosse Menge stark blutiger, mit Gerinnsel vermischter Flüssigkeit. Die Wand der Geschwulst ist ziemlich dick, aber morsch und reisst ein. Der ziemlich breite Stiel geht von der linken Ovar. aus und ist um 360° gedreht. Rechte Ovar in Rücksicht auf die eventuelle Malignität auch entfernt. Geheilt entlassen.

Nr. 58. R. Emilie, 18 J. — 22. IX. 1906. Colpocoeliot. Ovariosalpingot. sin. — Kystom ovar. sin.

Menses mit 16 Jahren. Seit dem nur noch zweimal menstruiert. Das letztemal vor 6 Monaten. Seitdem Schmerzen in der linken Seite; kein Dickerwerden des Leibes.

Links vom Uterus, von diesem deutlich abgrenzbar, ein gut orangegrosser, fluctuierender, weicher beweglicher Tumor, stark druckempfindlich. Rechtes Ovar. etwas vergrössert frei beweglich, nicht empfindlich. Beim Vorziehen der linken Ovarialcyste platzt diese und entleert eine helle, seröse Flüssigkeit. Keine Verwachsungen. Geheilt entlassen.

Nr. 59. K. Christine, 40 J. VIII. Entb. 2 Abort (III—IV m) — 22. IX. 1906. Coeliot. Ovariot. dextr. Solut. adhaes. Ventrifix. ut. — Kystom ovar. dextr. Torsio pedunculi.

Menses regelmässig. Letzte Geburt vor $1^1/_2$ Jahr. Seitdem Menses nur zweimal. Kurz vor Eintritt der Menses starke Schmerzen in der rechten Seite, die mit Eintritt der Menses verschwanden.

Abdomen bis über Nabelhöhe aufgetrieben durch einen prall elastischen, unempfindlichen Tumor von glatter Oberfläche, bräunlich verfärbt, der an beiden Seiten und nach oben breit mit dem Netz verwachsen ist. Es handelt sich um eine rechtsseitige Ovarialcyste. Stiel um 180° gedreht und blaurot verfärbt. Geheilt entlassen.

Nr. 60. V. Anna, 34 J. IV. Entb. — 29. IX. 1906. Coeliot. Amput. ut. supravag. cum adnex dupl. — Kystom. papillare. ovar. duplex.

Menses regelmässig. Seit 1 Jahr Dickerwerden des Leibes. Ebenfalls seit 1 Jahr Hernie umbilical. Häufiger Harndrang, zeitweise brennende Schmerzen beim Wasserlassen.

Palpatorisch fühlt man links hinter der Portio, den Douglas zu etwa $^2/_3$ ausfüllend eine kugelige, elastische, unverschiebliche, empfindliche Geschwulst. Auch im rechten Teile des Douglas, aber höher liegend elastische Resistenz, die sich nach oben fortsetzt in einen bis in die Mitte zwischen Nabel und Proc. ensif. reichenden, prall elastischen, wenig empfindlichen Tumor. Die rechten Adnexe des Ut. gehen in eine kleinmannskopfgrosse, multilocul. Geschwulst über, auf deren vorderen Seite eine kleinhandflächegrosse, derbe papilläre, hochrote Geschwulstmasse fest auf-

sitzt. Inhalt: hellgelbe dünne Flüssigkeit; der untere Teil der Geschwulst ist am Boden des kleinen Beckens und mit der hinteren Fläche des Lig. lat. ziemlich fest verwachsen. Im Douglas eine gut faustgrosse von den linken Adnexen ausgehende Geschwulst. Beide von wahrscheinlich malignen Charakter, deshalb wird der Ut. samt den beiderseitigen Adnexen entfernt. Geheilt entlassen.

Nr. 61. W. Anna, 56 J. XII. Entb. 5. Abort (III. — IVm) — 28. IX. 1906. Coeliot. Amputat. ut. supravaginal cum adnex. dupl. — Carc. ovar. dupl.

Menses regelmässig. Seit 3 Wochen Dickerwerden des Leibes. Seit 2 Monaten Abmagerung. Unbedeutende Schmerzen.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man eine $1^1/_2$ kindskopfgrosse, ziemlich solide, vollkommen freie Geschwulst, welche mit einem breiten, ziemlich langen Stiel von den rechten Adnexen ausgeht. Im kleinen Becken eine zweite etwa $1^1/_2$ faustgrosse, gleichartige Geschwulst, die mit einem kurzen, einmal torquierten Stiel von der linken Seite ausgeht. Maligne doppelseitige Ovarerkrankung. Geheilt entlassen.

Nr. 62. M. Kath., 61 J. ledig. — 9. X. 1906. Coeliot. ovariot. dupl. — Kystom. ovar. sin.

Menses früher regelmässig. Menopause seit 38 Jahren. Häufiger Harndrang. Seit $^1/_4$ Jahr Dickerwerden des Leibes. Beim Wasserlassen unbedeutende Schmerzen.

Leibesumfang 110 cm. Links vom Ut. fühlt man eine elastische, kugelige, harte Resistenz, die sich fortsetzt in einen kleinen, mannskopfgrossen, weich elastischen, gut beweglichen Tumor. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man, dass die weissrötliche

Geschwulst vollkommen frei ist und mit einem faustgrossen Segment in's kleine Becken tief hineinragt; sie geht von der linken Ovar. aus und hat zähen, graugelben Inhalt. Das rechte atrophisch Ovar. wird wegen des kleincyst. Baues der Geschwulst und des Alters der Patientin auch entfernt. Geheilt entlassen.

Nr. 63. Sch. Mina, 49 J. — 31. X. 1906. Coeliot. Solut. adhaes. Enucleat. ut. myomat. Ovar. salpingot. dupl. Appendicitomia — Carc. ovar. sin. Metastasen periton. Pelveo. periton. chron. adhaes. Myoma. ut. Infiltrat. chron. process. Vermiform.

Menses früher regelmässig. Seit 1 Jahr unregelmässig. Seit 6 Monaten Dickerwerden des Leibes. Seit 4 Monaten beträchtlich. Keine Schmerzen.

Abdomen gleichmässig aufgetrieben. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man, dass das Periton. stark entzündet ist und in der Bauchhöhle etwas blutige, fadenziehende Flüssigkeit in ziemlicher Menge sich findet. Der grosse, lappige, weiche Tumor füllt die ganze Bauchhöhle aus. Am Ut. ein hühnereigrosses Myom. Die Geschwulst geht vom linken Ovar. aus und ist mit dem Boden des kleinen Beckens innig verwachsen. Links auf dem Periton. eine grosse Anzahl harter erbsengrosser Knötchen. Der Proc. vermif. entzündlich verdickt. Gebessert entlassen.

Nr. 64. P. Marg., 46 J. steril. — 5. XI. 1906. Coeliot. Solut. adhaes. Amput. ut. supravaginal. cum adnex. dextr. — Myom. ut. Haemotom. ovar. dextr.

Menses regelmässig. Seit 5 Jahren Dickerwerden des Leibes. Seit 2 Jahren zeitweise Schmerzen im Unterleib. Häufiger Harndrang. Obstipation.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man die Adnexe mit dem Periton. der hinteren Bauchwand

verwachsen; ferner vom rechten Ovar. ausgehend eine überall fest verwachsene, fast faustgrosse Geschwulst. Inhalt: Dickes schwarzes Blut in ziemlicher Menge. Am Ut. ein hühnereigrosses Myom. Geheilt entlassen.

Nr. 65. E. Marg., 63 J. VI. Entb. — 12. XI. 1906. Coeliot. ovariot. dupl. — Kystom ovar. dupl., praecipue sin.

Menses regelmässig; Menopause seit 44 Jahren. Seit 11 Monaten Dickerwerden des Leibes; keine Schmerzen, keine Blutung. Abmagerung. Häufiger Harndrang.

Leib unregelmässig aufgetrieben. Leibesumfang 88 cm. Von aussen unregelmässige, höckerige Tumormassen zu fühlen, von zum Teil elastischer, zum Teil derber Konsistenz, nach oben bis fast zum Rippenbogen reichend, gut beweglich, unempfindlich. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man die polycystische, überall gutartig aussehende, vollkommen freie Geschwulst, die von den linken Adnexen ausgeht. Etwas freier Ascites ist vorhanden. Auch das rechte Ovar. zeigt sich in eine gut faustgrosse Geschwulst verwandelt. Geheilt entlassen.

Nr. 66. B. Hulda, 25 J. ledig. — 14. XI. 1906. Coeliot. Amput. ut. supravag. cum. adnex. — Sarcom. ovar. dupl.

Menses regelmässig. Leibschmerzen beim jeweiligen Eintritt der Menses. Seit 6 Jahren Fluor alb., Häufiger Harndrang.

Palpatorisch fühlt man hinter der Port. die ganze rechte Hälfte des Douglas und auch die linke Hälfte zum Teil durch derbe, unregelmässig höckerige, nach oben sehr verschiebliche, äusserst empfindliche Tumormassen angefüllt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle

sieht man, dass vom linken Ovar. eine knollige, derbe, vollkommen freie Geschwulst ausgeht. Auch im rechten Ovar. sind schon die gleichen, verdächtigen Geschwulstanfänge. Geheilt entlassen.

Nr. 67. E. Babette, 32 J. II. Entb. 1 Abort (V. m) — 19. II. 1906. Coeliot. probat. Ovariot. sin. — Carcin. universal.

Menses regelmässig. Seit 2 Monaten heftige Kreuzschmerzen, allmählig an Stärke zunehmend. Starke Abmagerung, beim Wasserlassen brennende Schmerzen. Obstipatio.

Hinter dem Portio fühlt man im Douglas einen rundlichen, gut faustgrossen, ziemlich derben, gut beweglichen, mässig empfindlichen Tumor. Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentiert sich die rötliche, knollige, überall freie Geschwulst von brüchiger Consistenz, die vom linken Ovar. ausgeht. Das ganze Gewebe ist oedematös. Rechtes Ovar. vollkommen normal. In der Gegend des Pylorus eine knollige, harte Verdickung von Kleinapfelgrösse; der ganze Leberrand mit kirschgrossen bis taubeneigrossen Knollen besetzt. Gestorben am 3. XII. 1906.

Patholog. anatom. Diagnose.

Diffuser Scirrhus ventriculi mit Metastasen in der Bronchial. — mediastinal — interperitoneal — mesenterial. Lymphdrüsen, im rechten Ovar.

Krebsige Thromb. der linken Vena, spermat., d. ven. cav. inf. krebsige Embolie in diesen Venen. Lymphangit. Zahlreiche Metastasen und hämorrhag. Infarkte der Leber. Stauungsmilz. Braune Atrophie des Herzens. Krebsthrombose d. Art. meningea sin.

Nr. 68. R. Lisette, 36 J. — 31. XII. 1906. Coeliot. Ovariot. dextr. — Kystom. ovar. dextr. Torsio. pedunculi.

Abdomen aufgetrieben durch eine gut mannskopfgrosse, elastische, unempfindliche Geschwulst. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man die cystische, glatte, überall freie Geschwulst. Die Punktion ergibt grosse Mengen dünner, colloider, heller Flüssigkeit sie geht von der rechten Seite aus. Stiel mehrmals torquiert. Geheilt entlassen.

Nr. 69. H. Maria, 33 J. I. Entb. 1 Abort. (IIm.) — 3. I. 1907. Coeliot. Solut. adhaes. ovariot. sin. Kystom. multiloc. ovar. sin. Periton. parietal. adhaes.

Menses regelmässig. Seit fast 1 Jahr Dickerwerden des Leibes, in der letzten Zeit besonders rapid. Keine Schmerzen.

Abdomen ausserordentlich stark gleichmässig aufgetrieben bis dicht unter den Proc. ensiform. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man die multilocul. cystische Geschwulst; sie ist sehr gespannt und mit der vorderen Bauchwand leicht verwachsen. Die grösste Cyste angestochen ergibt grosse Mengen (10 Liter) fadenanziehender, bräunlicher, blutig gefärbter Flüssigkeit. Hernach werden weitere Cysten entleert. Die Geschwulst geht vom linken Ovar. aus. Rechtes Ovar. unverändert. Geheilt entlassen.

Nr. 70. K. Magdal., 22 J. I. Entb. — 17. I. 1907. Coeliot. (Pfannenstiel) Ovariot. dextr. Resectio. ovar. sin. Ventrifixatio ut. — Fibrom. ovar. dupl. praecipue dextr. Perioophor dextr. Retroflexio ut.

Menses regelmässig. Vor $^3/_4$ Jahr Gebärmutterentzündung. Seitdem Schmerzen in der rechten Seite des Unterleibs und im Kreuz. Häufiger Harndrang. Schmerzen beim Wasserlassen, beim Stuhlgang.

Das rechte Ovar. ist hühnereigross, knollig, hart, in eine ziemlich feste Pseudomembran eingehüllt.

Linkes Ovar. zeigt an seinem distalen Ende einen etwa bohnengrossen, weisslichen, derben Knoten. Geheilt entlassen.

Nr. 71. N. Theresia, 32 J. — 4. II. 1907. Coeliot. altera. Solut. adhaes. Ovario. salpingtom. sin. — Tumor tubo. ovar. purul. sin.

Menses regelmässig. Im Jahre 1900 wegen eines Tuboovarialabscesses rechts Ovario-salpingot. dextr. Im April 1903 Auftreten von Schmerzen in der linken Seite, welche wieder verschwinden. Seit ungefähr 5 Wochen ziemlich heftige Schmerzen und fluor. albus. Auch Schmerzen beim Wasserlassen.

Die linken Adnexe sind in eine faustgrosse, ausserordentlich fest am Boden des kleinen Beckens und mit der Rückseite des Ut. a. d. Lig. lat. verwachsene Geschwulst verwandelt, aus welcher sich bei einer eingerissenen Stelle Eiter entleert. Geheilt entlassen.

Nr. 72. L. Maria, 34 J. II. Entb. — 23. II. 1907. Colpo-coeliot. ant. Ovario.- salpingot dextr. — Fibroma. ovar. dextr.

Menses regelmässig. Seit 4 Monaten fühlt sich Patientin matt. Abmagerung, keine Schmerzen.

Rechts vor dem Ut. fühlt man eine orangegrosse, ausserordentlich bewegliche, sehr derbe, unempfindliche Geschwulst. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man die weissliche, sich hart anfühlende, aber dennoch mürbe Geschwulst vollkommen frei im Becken liegen, sie geht vom rechten Ovar. aus. Geheilt entlassen

Nr. 73. E. B. Dorothea, 35 J. I. Entb. — 21. I. 1907. Coeliot. Ovariot. dextr. — Gravidität. Kystom dermoidal. ovar. dextr.

Menses regelmässig. Patientin befindet sich am Ende der Schwangerschaft.

Abdomen stark aufgetrieben. Die Geschwulst erweist sich als vereitertes Dermoid, vom rechten Ovar. ausgehend. Nach provisorischen Schluss der Bauchhöhle Beendigung der Geburt durch Forceps. Nähere Angaben weiter unten. Geheilt entlassen.

Nr. 74. L. Barbara, 53 J. VIII. Entb. 1 Forceps. 1 Zwilling — 20. IV. 1907. Coeliot. Total. Exstirpation des Ut. mit den Adnexen. Abtragung des Netzes — Carcinoma Ovar. sin. Metastasen des Netzes.

Menses stets schmerzhaft. Patientin wurde bereits im Jahre 1901 operiert: Prolaps. der hinteren Scheidenwand. Kystoma ovar. dextr. Ovariotomia dextr. Ventrifix. ut. Dann bis zum Herbst 1906 gesund. Seit dieser Zeit Dickerwerden des Leibes. Vor 4 Wochen soll 1 Liter Wasser aus der Bauchhöhle abgelassen worden sein. Menses seit 1 Jahr nicht mehr eingetreten.

Abdomen ziemlich stark aufgetrieben. Umfang 96 cm. Nach Eröffnung des Peritoneums massenhaft blutige Ascites-Flüssigkeit. Die Geschwulst ist weit über mannskopfgross und an einer Stelle mit Netz leicht verwachsen. Sie geht von dem linken Ovar. aus. Das Netz ist in toto mit dicken carcinomatösen Knoten durchsetzt und mit dem Uterus adhärent. Vor dem Ut. zum Teil subperitonal oberhalb der Blase, vor allem rechts ausserhalb rote, leicht blutende weiche Carcinommassen. Geheilt entlassen.

Nr. 75. G. Elise, 26 J. II. Entb. — 22. IV. 1907. Coeliot. Ovariot. Solut. adhaes sin. — Kystom seros. multiloc. ovar. sin.

Menses regelmässig. Seit der letzten Geburt unregelmässig. 3 Wochen nach der letzten Geburt

ein allmähliches Stärkerwerden des Leibes. Seit 3 Monaten wegen übergrosser Schmerzen bettlägerig; kein Ausfluss, brennende Schmerzen beim Wasserlassen. Abmagerung.

Abdomen aufgetrieben. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man, dass die Geschwulst mit dem Peritoneum überall innig verwachsen ist, ebenso mit dem Netz und einer Darmschlinge in der ganzen Ausdehnung der vorderen Bauchwand. Nach unten ist die Geschwulst frei. Sie geht von der linken Seite aus mit einem dicken, mehrfach fest torquierten Stiel. Bei Eröffnung einer Stelle entleert sich dünne, seröse Flüssigkeit. Geheilt entlassen.

Nr. 76. V. Maria, 55 J. II. Entbind. 5. Forceps. 2 Abort. — 2. V. 1907. Coeliot. Ovariotom. dupl. — Kystom. multiloc. seromucinos. ovar. sin.

Seit 4 Jahren Menopause. Seit 4 Wochen auffallendes Stärkerwerden des Leibes. Seit 3 Wochen stärkere Schmerzen im Leib. Seit 2 Jahren Abmagerung. Schmerzen beim Wasserlassen. Obstipatio.

Abdomen gleichmässig aufgetrieben. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man den Tumor, der überall beweglich, glatt, multilocul, und über mannskopfgross ist. Er hat seromucinösen Inhalt und geht vom linken Ovar. aus. Das rechte Ovar. ist atrophisch und wird in Rücksicht auf das Alter der Patientin auch entfernt. Geheilt entlassen.

Nr. 77. G. Anna, 64 J. I. Entb. — 16. V. 1907. Coeliot. Solut. adhaes. Ovariot. dupl. — Kystom. multilocul. pseudomucinos. sin. Degenerat. cystic. ovar. dextr.

Menses früher regelmässig. Menopause seit 19 Jahren. Seit 8 Monaten Stärkerwerden des Leibes, zeitweise starke Schmerzen. Abmagerung.

Abdomen aufgetrieben, durch eine sehr grosse, bis zum Rippenbogen reichende, zum Teil elastische, zum Teil derbe Geschwulst. Leibesumfang 104 cm. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man, dass die Geschwulst vollkommen glatt, bräunlich durchschimmernd und augenscheinlich sehr multiloc. ist. Vorn und oben überall frei, ist sie nur in der Tiefe und nach links mit den Organen des kleinen Beckens verwachsen. Aus den verschiedenen grösseren Cysten werden 6—7 Liter verschiedenartiger Flüssigkeit abgelassen. Die Geschwulst ist membranöse Verwachsungen mit der Blase eingegangen und geht vom linken Ovar. aus. Das rechte Ovar. ist etwa gänseeigross und mit mehreren Cysten besetzt. Geheilt entlassen.

Nr. 78. St. Gertraud, 47 J. — 5. VII. 1907. Coeliot. ovariotom. duplex. — Carcinom. ovar. dextr. cystica. Tumor. abdominal.

Menses früher regelmässig. Menopause seit $1^1/_2$ Jahr. Seitdem ab und zu Schmerzen und körperliches Unbehagen. Seit $^3/_4$ Jahr Dickerwerden des Leibes. Seit 2 Jahren Abmagerung. Häufiger Harndrang.

Abdomen ziemlich stark aufgetrieben. Die Geschwulst äusserst prall und von cystischer Natur. Der Ut. liegt ganz links unten unmittelbar breit der Geschwulst an. Letztere inseriert breit am Boden des kleinen Beckens und geht vom rechten Ovar. aus. Inhalt: Reichliche Mengen trüber, grauer Flüssigkeit von mittlerer Consistenz. Wegen Verdacht auf Malignität wird auch das linke Ovar. entfernt. Links eine etwa $1^1/_2$ faustgrosse, harte, unregelmässig geformte Geschwulst, die nach oben vollständig von Dünndarmschlingen und dem Mesenterium überdeckt ist, und ganz in die hintere Bauchwand in der Nieren-

gegend übergeht. Wird zurückgelassen. Rechts von der Wirbelsäule eine Anzahl kleine harter Drüsen. Geheilt entlassen.

Nr. 79. Pf. Magdal., 49 J. 8. Entbind. 1 Abort. (Il m) — 8. VI. 1907. Colpotom. ant. Ovariot. dextr. Colpoperineoplastik (Simon) — Kystom dermoid. ovar. dextr.

Menses regelmässig. Seit 5 Wochen ziehende Schmerzen im Unterleib.

Rechts neben dem Ut. fühlt man einen gut hühnereigrossen, festen Tumor von glatter Oberfläche, frei beweglich Die ziemlich grosse Geschwulst hat dermoidalen Inhalt und geht vom rechten Ovar. aus. Der Stiel ist mehrfach torquiert. Linkes Ovar. normal. Geheilt entlassen.

Nr. 80. M. Klara, 48 J. — 14. VII. 1907. Coeliot Solut. adhaes. Ovariot. dupl. — Carc. ovar. sin. Ut. myomatos. Pelveoperiton. chron. adhäsiones matimae.

Menses seit 2 Jahren unregelmässig, ohne Beschwerden. Vor zwei Monaten plötzlich nach dem Stuhlgang heftige Leibschmerzen in der rechten Seite beginnend. Seitdem hat Patientin ständige mittelstarke Schmerzen im Unterleib. Hochgradige Obstipatio. In letzter Zeit manchmal Schmerzen beim Wasserlassen.

Das ganze linke und hintere Scheidengewölbe stark vorgewölbt durch eine rundliche, sehr prall und festliegende, etwa kindskopfgrosse Geschwulst, die das ganze kleine Becken ausfüllt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich die ganze Geschwulst überdeckt von Darmschlingen und straff ausgedehntem Appendix. Der Ut. ganz nach rechts gedrängt durch ein gänseeigrosses Fibrom, im Fundus vergrössert.

Der Lig. lat. ist innig mit der Geschwulst verwachsen. Bei Versuchen, die Geschwulst zu lösen, reisst die Wand und es ergiesst sich blutige, wie mit Eiter gemischte Flüssigkeit über das Operationsfeld. Die Geschwulst geht vom linken Ovar. aus. Am tiefsten Teil der Geschwulst finden sich sehr harte, augenscheinlich maligne Knoten. Das rechte atrophische Ovar. wird wegen der Malignität der Geschwulst auch entfernt. Der ganze Damm, ebenso das Peritoneum im kleinen Becken scheinen sehr entzündet. Geheilt entlassen.

Nr. 81. Bibiana W., 20 J. Entb. — 20. VI. 1907. Coeliot. Solut. adhaes. Ovariot. sin.—Kystom ovar. sin.

Menses regelmässig. Seit 3 Wochen brennende und stechende Schmerzen in der linken Regio hypogastrica. Seit 8 Tagen Schmerzen beim Wasserlassen.

Im unteren Teil des Abdomen fühlt man eine prall elastische, scheinbar cystische, über kindskopfgrosse Geschwulst von scheinbar glatter Oberfläche. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man die straffwandige, blaurote Geschwulst, welche im kleinen Becken, ebenso mit der hinteren Uterusfläche und der Hinterwand des Ligament. lat. verwachsen ist. Inhalt: Reichliche Mengen dünner, blutiger Flüssigkeit. Die Geschwulst geht vom linken Ovar. aus. Der Stiel ist entzündlich verdickt. Geheilt entlassen.

Nr. 82. K. Elise, 32 J. steril. — 20. VI. 1907. Coeliot. Ovariotom. dextr. unter Zurücklassung des untersten Teiles der Geschwulst. — Kystom ovar. dextr. subserös. entwickelt.

Menses regelmässig. Seit 4 Wochen Schmerzen in der rechten Leistengegend. Häufiger Harndrang. Diarrhöen.

Abdomen etwas aufgetrieben. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man, dass die einkammerige, kindskopfgrosse, bläuliche Cyste überall vom Periton. überkleidet und äusserst dünnwandig ist. Beim Einreissen entleert sich helle, seröse Flüssigkeit. Die Geschwulst ist an ihrer Unterfläche verwachsen. Der unterste Teil der Geschwulst bleibt zurück. Linkes Ovar. vergrössert. Das Netz mit der vorderen Bauchwand verwachsen. Geheilt entlassen.

Nr. 83. W. Kath. 59 J. — 1. VII. 1907. Coeliot. Ovariot. dupl. — Kystom. pseudomucinos. ovar. sin.

Menses früher regelmässig. Seit 12 Jahren Menopause. Seit $^1/_2$ Jahr Dickerwerden des Leibes und Anschwellung des linken Beines. Keine Schmerzen. Starke Abmagerung.

Abdomen gleichmässig aufgetrieben. Punktion ergibt pseudomucinös. Flüssigkeit. Nach Eröffnung des Peritoneums ergiesst sich in ausserordentlichen Mengen eine etwas fadenziehende, doch ziemlich dünne Flüssigkeit von etwa 10—12 Liter und mit ihr zugleich einige pseudocystische Gebilde von ziemlicher Grösse. Rechtes Ovar. klein. Von der linken Seite ausgehend eine gut mannskopfgrosse Geschwulst, welche rechts oben in der Bauchhöhle bis unter die Leber reicht und mit der seitlichen und vorderen Bauchwand und auch mit dem Netz ausserordentlich fest verwachsen ist. Wegen des eventuellen malignen Charakters der Geschwulst und des Alters der Patientin wird auch das rechte Ovar. entfernt. Geheilt entlassen.

Nr. 84. M. Anna, 56 J. III. Entb. — 9. VII. 1907. Coeliot. Ovariotom. dupl. — Kystom. pseudomucinos. ovar. Utriusque.

Menopause seit 4 Jahren. Die Patientin war bis vor 1 Jahr sehr Dick. Seitdem sehr abgemagert mit Aus-

nahme des Unterleibs, der immer noch dicker wurde. Keine Beschwerden. Obstipatio.

Abdomen stark aufgetrieben. Leibesumfang 114 cm Nach Eröffnung des Peritoneums sieht man die cystische, bläulich schimmernde, sehr grosse Geschwulst, die von der rechten Seite ausgeht und über deren vorderen Seite sich das stark entfaltete Lig. rot. ganz breit hinzieht, während der Ut. ganz nach links gedrängt ist und ebenfalls der Geschwulst breit ansitzt, sodass die Geschwulst mit dem ganzen, unteren Segment. breit im rechten Lig. lat. drinsitzt Punktion der grössten Cyste ergibt in reichlicher Menge eine etwas trübe, dünne, colloide Flüssigkeit. Nach Eröffnung der Geschwulst zeigt sich auch auf der linken Seite eine $1^1/_2$ faustgrosse cystische Geschwulst, die am Boden des kleinen Beckens mit der Rückwand des Lig. lat. äusserst fest verwachsen ist und auch entfernt wird. Geheilt entlassen.

Nr. 85. Sch. Agnes, 53 J. V. Entb. 1 Abort (V m) — 10. VII. 1907. Coeliot. Ovariot. dupl. Ventrifix. ut. — Kystom. pseudomucinos ovar. sin.

Menopause seit 2 Jahren. Seit 1 Jahr Dickerwerden des Leibes Seit 14 Tagen Schmerzen in der linken Seite.

Abdomen stark aufgetrieben. Mannskopfgrosse, cystische Geschwulst, die nirgends verwachsen ist und von der linken Seite ausgeht. Die Punktion ergibt reichliche Menge heller gelatinöser Flüssigkeit. Die rechten unveränderten Adnexe werden wegen des Alters der Patientin auch entfernt. Geheilt entlassen

Nr. 86. S. Christine, 74 J. III. Entb. — 12. VII. 1907. Coeliot. Ovariot. sin. — Kystom. seros. simpl. sin.

Menopause seit 25 J. Seit 8 Tagen Schmerzen im Unterleib. Seit 1 Jahr Dickerwerden des Leibes. Keine Abmagerung.

Abdomen mässig aufgetrieben. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man die sehr prall gespannte, überall glatte, gut mannskopfgrosse Geschwulst, welche vollkommen frei ist und mit einem 2 fingerdicken, einmal torquierten Stiel von den linken Adnexen ausgeht. Die Punktion ergibt unter sehr hohem Druck blutigtrübe Flüssigkeit. Geheilt entlassen.

Nr. 87. K. Marg., 44 J. — 19. VII. 1907. Exstirpat. ut. tot. vag. cum. adnex. — Uterus myomatos. Kystom. seros. ovar sin.

Menses unregelmässig. Seit 9 Jahren Kreuzschmerzen und Druck im Unterleib. In der letzten Zeit Schmerzen in beiden Seiten des Unterleibs.

Ut. halbfaustgross, höckerig, äusserst derb, gut beweglich, vom linken Ovar. geht eine gut faustgrosse, cystische Geschwulst aus, die überall frei ist und deren Punktion helle dünne Flüssigkeit ergibt. Geheilt entlassen.

Nr. 88. Sch. Regine, 52 J. — 22. III. 1907. Coeliot. Ovariot. dupl. — Carcinom. ovar. utriusque.

Menses regelmässig. Vor $^3/_4$ Jahr Bauchfellentzündung. Seit 3 Monaten Dickerwerden des Leibes. Spannungsgefühl. Seit 8 Tagen Schwellung beider Beine.

Untere Extremitäten und Bauchdecken stark ödematös, ebenso die grossen Labien. Nach Eröffnung der Bauchhöhle etwas freier Ascites. Von der linken Seite geht eine polycystische Geschwulst aus, die im vorderen Teile frei, hinten und im kleinen Becken unten und hinten fest verwachsen ist. Auf der

rechten Seite eine 2 faustgrosse Geschwulst von gleicher Beschaffenheit, die in der Tiefe des kleinen Beckens mit der Rückseite des Lig. lat. fest verwachsen ist. Geheilt entlassen.

Nr. 89. E. Marg., 34 J. — III. Entb. Letztes Kind totgeboren. — 25. VII. 1907. Coeliot. Solut. adhäs. Ovario-salpingot. sin. Ventrifixatio ut. — Haematoma ovar. sin. Pelveoperiton. chron. adhaes.

Seit 4 Monaten Menses sehr schwach. Zeitweilig Kreuz- und linksseitige Leibschmerzen. Im Beginn der Erkrankung häufiger Harndrang, jetzt keine Beschwerden. Obstipatio.

Links vom Ut. fühlt man eine gut bewegliche, kleinfaustgrosse, eiförmige Geschwulst von glatter Oberfläche, etwas elastischer Consistenz. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man die halbfaustgrosse cystische Geschwulst, die durch eine derbe Pseudomembran mit der Rückwand des Uterus verwachsen ist. Auch auf der Vorderseite des Uterus finden sich zahlreiche, blutreiche Pseudomembranen. Geheilt entlassen.

Nr. 90. B. Babette, 41 J. III. Entb. — 3. VIII. 1907. Coeliot. Ovariot. dextr. — Kystom. pseudomucinos. ovar. dextr.

Menses regelmässig. Seit $^3/_4$ Jahr Dickerwerden des Leibes. Zeitweilig Schmerzen im Unterleib. Abmagerung. Häufiger Harndrang. Obstipatio.

Abdomen mässig aufgetrieben. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man den mannskopfgrossen, vollkommen freien, cystischen Tumor, der mit breitem Stiel von den rechten Adnexen ausgeht. Die Punktion ergibt 2 Liter heller dünner Flüssigkeit Geheilt entlassen.

Nr. 91. R. Barbara, 61 J. steril. — 6. VIII. 1907. Amputat. supravaginal. ut. Ovariotom. dupl. — Ut. myomat. Kystom. ovar. utriusque.

Menopause seit 11 Jahren. Seit $^3/_4$ Jahr Stärkerwerden des Leibes. Erst seit 3 Wochen Schmerzen im Unterleib, beim Wasserlassen und Stuhlgang. Abmagerung.

Abdomen ziemlich stark aufgetrieben. In der Tiefe bes. nach rechts ein kindskopfgrosser Tumor von derber Consistenz zu fühlen. Der Douglas ist ebenfalls durch einen prallen Tumor vorgewölbt. Der Ut. durch Myome vergrössert. Beide Ovarien sind in cystische Tumoren verwandelt, welche vollkommen glatt und frei beweglich sind. Geheilt entlassen.

Nr. 92. Anna K., 22 J. — 12. VIII. 1907. Coeliot. Ovariot. dextr. — Kystom. ovar. dextr.

Menses regelmässig. Seit $^3/_4$ Jahren linksseitige starke Schmerzen im Unterleib und im Kreuz. Obstipatio.

Links und hinten vom Uterus fühlt man eine hühnereigrosse, cystische Geschwulst, die etwas empfindlich und wenig beweglich ist. Nach Eröffnung des Peritoneums zeigt sich hinter dem Ut. im Douglas eine hühnereigrosse, etwas eingekeilte, pralle Ovarialcyste, die mit langem Stiel vom rechten Ovar. ausgeht, im wesentlichen aber links liegt. Das linke Ovar. normal. Geheilt entlassen.

Nr. 93. B. Margar., 47 J. — 29. VIII. 1907. Coeliot. Solut. adhäs. Ovariot. dupl. — Carc. ovar. sin. Metastas periton.

Menses früher regelmässig alle 4 Wochen, seit Pfingsten alle 14 Tage mit Kreuzschmerzen verbunden. Seit Pfingsten auch Dickerwerden des Leibes. Abmagerung. Wasserlassen erschwert. Obstipatio.

Abdomen stark gleichmässig aufgetrieben durch einen mannskopfgrossen, prall cystischen, sehr wenig beweglichen Tumor. Nach Eröffnung des Peritoneums entleert sich ziemlich reichlich blutig gefärbter Ascites. Die vordere Fläche des Tumors ist von einer breiten Netzverwachsung überdeckt. Die rechte und hintere Fläche des Tumor ist frei; dagegen ist links der Darm fest mit der Geschwulstwand verwachsen und namentlich die untere Kuppe im kleinen Becken absolut unverschieblich fixiert. Die Geschwulst zeigt sich solid und von zahlreichen kleinen Hohlräumen durchsetzt und vom linken Ovar. ausgehend. Die Verwachsungen werden sehr mühsam gelöst. Die rechten Adnexe erscheinen unverändert. Am Periton. der Blase und dem der vorderen Bauchwand zahlreiche, bis linsengrosse, derbe Knötchen. Mit Rücksicht darauf wird auch das rechte Ovar. noch entfernt.

Nr. 94. V. Karoline, 41 J. IV. Entb. — 6. IX. 1907. Coeliotom. Solut. adhäs. Ovariot. dextr. — Kystom. ovar. dextr. Torsio. pedunculi.

Menses regelmässig. Seit $^1/_2$ Jahr krampfhafte Schmerzen in der rechten Seite. Abwechselnd Obstipatio und Diarrhoeen. Brennende Schmerzen beim Wasserlassen.

Abdomen stark kugelig aufgetrieben durch eine pralle, anscheinend fluctuierende Geschwulst. Das Peritoneum zeigt sich stark verdickt und mit der Vorderfläche der Geschwulst stark verwachsen. Die Punktion ergibt schmutzige, dicke Flüssigkeit. Letztere auch in der Bauchhöhle in ziemlicher Menge vorhanden. Die Geschwulst erscheint nekrotisch. Der ziemlich lange Stiel einmal torquiert. Geheilt entlassen.

Nr. 95. K. Gertraud, 53 J. IV. Entb. — 11. IX. 1907. Coeliot. Solut. adhäs. Ovariot. dupl. — Kystom. ovar. dextr. Pelveoperiton. chron. adhäsiv.

Menopause seit 5 Jahren. Seit 4 Monaten Dickerwerden des Leibes. Zeitweise unbedeutende Schmerzen. Vom Hausarzt wurde eine Geschwulst festgestellt und vor 6 Wochen durch Punktion $6^1/_2$ Liter entleert. Abmagerung. Appetit schlecht. Starkes Spannungsgefühl. Diarrhöen.

Abdomen stark aufgetrieben (Leibesumfang 94 cm) sehr deutliche Fluktuation. Rechts fühlt man einen sehr deutlichen, fluktuierenden, wenig beweglichen Tumor. Bauchdecken etwas ödematös, ebenso knöchelödem. Nach Eröffnung der Bauchhöhle entleert sich starke, colloide Flüssigkeit in mässiger Menge und es präsentiert sich sofort die sehr grosse, multiloculäre, dünnwandige Geschwulst, aus welcher sich, beim Versuch der Verkleinerung, dicke und dünne gallertige Massen in grossen Quantitäten ergiessen. Die Geschwulst zeigt sich ganz breit von der rechten Kante des Ut. ausgehend, aber auch breit in den Lig. lat. nach rechts herüber sich erstreckend, während sich zu gleicher Zeit sehr breite und ausgedehnte Verwachsungen mit Dünndarmschlingen Netz und Peritoneum des kleinen Beckens und der hinteren Bauchwand finden. Nach Lösung dieser Verwachsungen wird die Geschwulst herausgeschält. Mit Rücksicht auf das Alter der Patientin wird auch das linke atrophische Ovar. entfernt. Geheilt entlassen.

Nr. 96. K. Lina, 43 J. IV. Entb. — 12. IX. 1907. Coeliot. Ovariot. sin. — Kystom. ovar. sin.

Menopause seit $^3/_4$ Jahr. Seit Anfang des Jahres Dickerwerden des Leibes. Wasserlassen erschwert. Obstipatio.

Unterer Teil des Abdomen aufgetrieben durch eine ziemlich umfangreiche Geschwulst von gleichmässiger Consistenz und Oberfläche. Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentiert sich sofort die vollkommen glatte, weisslich schimmernde Geschwulst, die im unteren Teil cystisch, im oberen Teil mehr solid und überall frei erscheint. Bei der Punktion entleert sich dick gallertige Flüssigkeit. Die Geschwulst geht mit relativ kurzem Stiel von den linken Adnexen aus. Geheilt entlassen.

Nr. 97. G. Kath., 63 J. II. Entb. — 17. IX. 1907. Coeliot. Ovariotom. sin. Herniotom. Ventrifix. ut. — Kystom. pseudomucinos ovar. sin. Hernia umbilical. Hernia crural. sin.

Menopause seit 17 Jahren. Seit einiger Zeit Dickerwerden des Leibes. Mässig starke Schmerzen bei Anstrengungen. Vor 4 Wochen starke Blutung. Kein Ausfluss.

Abdomen ziemlich stark aufgetrieben. Nabelhernie. Linksseitige Schenkelhernie. Man fühlt durch die Bauchdecken einen grossen, anscheinend elastischen Tumor. Der Nabelbruch wird in toto excidiert. Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentiert sich ein mannskopfgrosser, cystischer Tumor, der, durch Troicar entleert, eine pseudomucinöse Flüssigkeit ergibt. Der Tumor geht mit breitem Stiel vom linken Ovar. aus. Gestorben 23. IX. 1907. Patholog. anatom. Diagnose: Embol. art. pulmon. — Trunci in arteriam pulmonal dextram sinistramque progredient. — Thrombos. venae saphenae sin. — Infarkt. hämorrhagic. lob. inf.

Nr. 98. K. Maria, 39 J. 0 Entb. Verheiratet seit 10 Monaten. — 20. IX. 1907. Coeliotom. Ovariotom. dextr. Enucleatio. ut. myomat. multipl. 26. IX. 1907.

Coeliotomia altera (Ileus) — Ut. myomat. Kystom. ovar. dextr.

Menses regelmässig. Vor Eintritt derselben immer Leib- und Kreuzschmerzen. Seit 1 Jahr Dickerwerden des Leibes. Keine Schmerzen. Geringe Abmagerung. Schwächegefühl.

Hinten und rechts vom Uterus fühlt man einen derben, nicht verschieblichen, gut faustgrossen Tumor, links einen zweiten bis in Nabelhöhe reichend. Nach Eröffnung der Bauchhöhle präsentiert sich sofort der durch multiple Myome vergrösserte Uterus; besonders nach links und hinten sitzt ein faustgrosser, breit eingelagerter Knoten, der in eine kleinkindskopfgrosse, ziemlich solid erscheinende Geschwulst eingeklemmt im kleinen Becken liegt. Nach der Herausbeförderung zeigt sich, dass die Geschwulst vom rechten Ovar. ausgeht und mit einem kurzen breiten Stiel mit dem Uterus in Verbindung steht. Nach Abtragung dieser Geschwulst wird das grosse Fibrom enucleiert. Ebenso werden 3 kleine, härtere erbsenkirschgrosse Fibrome aus der Vorder-Rückwand des Uterus ausgeschält. Die linken Adnexe sind normal und bleiben zurück. Am nächsten Tag nach der Operation Fieber. Der Leib ist hochgradig tympanit. aufgetrieben. Mehrere Male heftiges Erbrechen. Starke Blähungen. Im Laufe der folgenden Tage Verschlechterung des Befindens. Am 6. Tage nach der Operation Coeliotomia altera: Die Därme sehr stark aufgetrieben, injiciert, teilweise vom schleimigen Blut bedeckt. Am Fundus ut. ist der Dünndarm breit verwachsen und stark contrahiert. Die Verwachsungsstelle entspricht der Enucleationswunde des grossen im Fundus sitzenden Fibroms. Die Verwachsung wird gelöst. Es zeigt sich, dass weiter oben am Dünndarm noch eine Ab-

knickung besteht. Die Serosa des Darms ist so brüchig, dass sie wiederholt breit einreisst. Gestorben 27. IX. 1907.

Nr 99. D. Maria, 39 J. II. Entb. 1 Abort (III m) 1 Forceps — 27. IX. 1907. Coeliotom. ovar. sin. Kystom. seros. ovar. sin.

Menses regelmässig, stark schmerzhaft. Letzte Geburt vor 5 Wochen, seitdem bettlägerig. Der Leib ist seit der Entbindung stärker geworden. Brennende Schmerzen beim Wasserlassen.

Abdomen stark aufgetrieben (Umfang 102 cm) durch eine prallcystische Geschwulst, die bis Nabelhöhe reicht. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sieht man das Peritoneum verdickt und mit der Vorderfläche der Geschwulst verwachsen. Nach oben ist die Geschwulst an einigen Stellen mit dem Netz verwachsen. Punktion des doppeltmannskopfgrossen Tumors. Die Cystenwand reisst verschiedentlich ein. Die Geschwulst geht von den linken Adnexen aus. Der ziemlich schmale Stiel um 360° um seine Achse torquiert. Geheilt entlassen.

Nr. 100. Bl. Barbara, 29 J. II. Entb. — 4. X. 1907. Coeliotom. Ovariotom. dextr. — Kystom simpl. ovar. dextr. Torsio. pedunculi.

Menses regelmässig. Vor 4 Tagen erkrankt Patientin plötzlich an heftigen Kreuzschmerzen und wurde wegen Blinddarmentzündung ins Juliusspital geschickt. Gestern heftige Blutungen.

Die linken Adnexe sind vollkommen normal. Die rechte Seite ist vollkommen von einer festverwachsenen Dünndarmschlinge überdeckt. Hinter dem Uterus liegt eine faustgrosse, nach vorne, oben und hinten vollkommen freie, blaurote Geschwulst, die

nach rechts mit den Dünndarmschlingen ebenfalls fest verwachsen ist. Die ganze Geschwulst erweist sich als ein rechtsseitiger Ovarialtumor von ausserordentlicher veröser Stauung, dessen Stiel vollkommen abgedreht ist. Geheilt entlassen.

Die vorstehenden 100 Ovariotomien umfassen einen Zeitraum von $2^1/_2$ Jahren, vom März 1905 bis November 1907. Schon im Jahre 1902 wurde von Weiland eine ähnliche Dissertation „Bericht über 100 in der Würzburger Universitäts-Frauenklinik ausgeführte Ovariotomien" verfasst, die den gleichen Zweck wie vorliegende Arbeit gehabt hat, nämlich zu referieren über die zuletzt ausgeführten 100 Ovariotomien.

Um einen klaren Überblick über die Art der in Betracht kommenden Geschwülste zu ermöglichen, will ich im Nachstehenden ganz kurz die Geschwulstarten nach ihrem Charakter, ob gut- ob bösartig, nach ihrem Sitz, ob ein- ob doppelseitig, zusammenstellen.

Gutartige Geschwülste kamen zur Operation im ganzen 75; darunter 66 einseitige und 9 doppelseitige. Es befinden sich darunter 49 Kystom. (43 einseitige, 6 doppelseitige) mit serösem und 12 (10 einseitige, 2 doppelseitige) meist multiloculär mit pseudomucinösem Inhalt.

Ferner 7 Dermoidcysten, sämtlich einseitig, (darunter 2 vereiterte)

4 einseitige Hämatome,

2 Fibrome, 1 einseitig, 1 doppelseitig)

1 vereiterter Tubo-Ovarialtumor.

Unter 25 malignen Tumoren waren

19 Carcinome, darunter

14 einseitige

5 doppelseitige.

2 Sarcome (1 einseitig, 1 doppelseitig)
4 doppelseitige Papillome.

Nach Weilands Mitteilungen befinden sich unter den damalig (1897—1901) angeführten Ovariotomien 69 gutartige und 31 maligne Geschwülste; also waren 31% maligne, das heisst, jeder 3. Tumor erwies sich als bösartig. Bei den von mir angeführten Ovarialtumoren sind 25%, also jeder 4. Tumor maligne. Einen ähnlichen Prozentsatz bringt auch Reinecke in seiner Dissertation von 1905 „über Dauererfolge der Ovariotomie" zu Tage, nämlich 23%. Auch Schulze mit 27%, Leopold mit 22%—26%, Freund mit 27%, Ohlshausen mit 15%, Runge mit 15%—16% differieren nicht zu sehr mit meinem Ergebnis. Denn die geringeren Prozentsätze von Olshausen und Runge rühren von der Tatsache her, dass diese Autoren die papillären Kystome zu den gutartigen Tumoren rechneten. Wenn wir die papillären Kystome auch den gutartigen Geschwülsten einreihen, erhalten wir einen Prozentsatz von 21,0. Von den gutartigen Geschwülsten wurden 57 einseitig, 18 doppelseitig operiert; von den bösartigen Geschwülsten 19 doppelseitig, 6 einseitig. Man sieht daraus, dass bei den gutartigen, einseitigen Geschwülsten für gewöhnlich die Ovariot. simpl. ausgeführt wurde. Denn da, wie schon in der Einleitung erwähnt, gutartige Tumoren keine Metastasen machen, hat man das andere Ovar möglichst zu erhalten gesucht, und zwar einerseits, um die Frauen, die sich noch im geschlechtsreifen Alter befinden, vor den eventuellen Ausfallserscheinungen zu bewahren, andererseits von den Gedanken ausgehend, dass ja die Zurücklassung des gesunden Ovars den Patientinnen keine Gefahr bringt. Auch ist in solchen Fällen den Frauen nicht die Mög-

lichkeit genommen, noch concipieren zu können. Anders liegt die Sache, wenn bei der betreffenden Patientin schon die Menopause eingetreten war. In solchen Fällen wurde öfters auch das zweite Ovar, auch wenn es nicht gerade typische Krankheitserscheinungen aufwies, mit entfernt, weil einerseits bei der Operation der gutartige Charakter der zu entfernenden Geschwulst nicht mit Sicherheit erkannt werden konnte, andererseits die Patientinnen auch mit der Entfernung des zweiten Ovars keinen Beschwerden ausgesetzt wurden. Was die malignen Geschwülste anbetrifft, so sehen wir, dass von den 15 einseitigen malignen Tumoren 9 doppelseitig operiert wurden. Dieses Verfahren resultiert aus der bekannten Tatsache, dass maligne Tumoren grosse Neigung zu Metastasen haben, so dass, wenn es irgendwie in Rücksicht auf das Alter der Patientin möglich war, auch das zweite, noch gesunde Ovar mit entfernt wurde. Handelt es sich in einem solchen Falle aber um jugendliche Patientinnen, die noch im geschlechtsfähigen Alter stehen, von denen Nachkommenschaft gewünscht wird, so kann man sich auch bei malignen Geschwülsten überlegen, ob das andere, gesunde Ovar nicht zurückzulassen ist.

In Bezug auf die Mortalitätsziffer bei unseren 100 Ovariotomien können wir keinen so günstigen Prozentsatz, wenigstens bezüglich der gutartigen Geschwülste aufstellen wie Weiland.

Letzterer hatte auf 69 gutartige Geschwülste nur 1 Todesfall, also 1,45%, auf 31 maligne Tumoren 4 Todesfälle, also 12,9%. Bei unserer Aufstellung dagegen kommen auf 75 gutartige Geschwülste 4 Todesfälle; das ist gleich einem Prozentsatz von 5,3%. Dagegen stellt sich unser Prozentsatz bezüglich der

malignen Tumoren fast um 1% besser als der von Weiland. Wir haben nämlich auf 25 maligne Geschwülste nur 3 Todesfälle, dass sind glatt 12%. Bei den malignen Geschwülsten ist die Prognose schon deshalb entschieden schlechter, weil bei ihnen die verschiedenen Complicationen in ungleich grösserer Anzahl vorkommen als bei den gutartigen Geschwülsten, Tatsachen, auf welche wir weiter unten eingehender zu sprechen kommen. Eine weitere Trübung erfährt die Prognose der malignen Geschwülste noch dadurch, dass bei den bösartigen Tumoren, welche im grossen und ganzen ein viel schnelleres Wachstum als die gutartigen Geschwülste haben, dieses rapide Wachstum auf Kosten des Gesamtorganismus der einzelnen Individuen geht, und somit frühzeitige Kachexie bedingt; der so geschwächte Körper kann nun die schädigenden Einflüsse, welche während und nach der Operation auf ihn einstürmen, nicht bewältigen und geht zu Grunde. Was unsere hohe Mortalitätsziffer bei den gutartigen Geschwülsten betrifft, so müssen wir bei unseren Fällen, in denen Komplikationen fast so gut wie ganz fehlen, die Schuld daran nicht der Ovariotomie an sich, sondern zum Teil den Folgezuständen der Operation wie Thrombosen, Peritonit. etc., zum Teil der schon zuvor bestehenden Kachexie, dem ausgelösten Nervenchoc beimessen.

Was nun die Differentialdiagnose zwischen den Geschwülsten anbetrifft, so ist die wichtigste Frage: benign oder malign? Es sei zunächst erinnert, dass die Bestimmung „bösartig“ besonders schwierig bei den Ovarialtumoren ist, da sich der klinische Begriff nicht mit dem anatomischen deckt. Es gibt zum Beispiel Geschwülste, welche anatomisch gutartig sind

(Kystadenoma serosum papillare), welche aber wegen ihrer Dissemination im Bauchraum und wegen der schnell auftretenden Ascites bald zum Tode führen können. Er kann daher durch die klinische Untersuchung die Frage nach der Malignität zumeist nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit entschieden werden. Sicher benign sind dünnwandige, einseitige gut bewegliche, in allen Teilen deutlich cystische Tumoren. Bei allen anderen ist der Verdacht auf Malignität gerechtfertigt. Allerdings gibt es kein einziges, absolut sicheres Merkmal für die Bösartigkeit, jedoch eine Reihe von Zeichen, von denen jedes mehr oder weniger darauf hindeutet. Eine Kombination derselben führt fast stets zur Gewissheit. Für Malignität spricht: Doppelseitigkeit, feste Konsistenz, unregelmässige Oberfläche, Ascites, Verwachsungen, Metastasen. Ausserdem ist das Allgemeinbefinden zu berücksichtigen. Viel früher als ein gutartiger Ovarialtumor ruft ein bösartiger Kachexie hervor. Nach Winter ist das frühzeitige Auftreten von Ödem an den Beinen eine der sichersten Allgemeinerscheinungen für Malignität. (Fall 88.)

Was die Doppelseitigkeit der malignen Geschwülste anlangt, so stimmt unsere Tabelle mit den oben angeführten Ansichten über Malignität der Geschwülste überein. Denn von 25 malignen Tumoren sind 10 doppelseitig. In Bezug auf die Komplikationen bekommen wir ein ähnliches Resultat: auf die 25 bösartigen Geschwülste verteilen sich 17 Adhaesionen, 8 Ascites, 8 Metastasen und 1 Stieltorsion während auf die gutartigen 75 Tumoren nur 27 Adhaesionen, 3 Ascites und 15 Stieltorsionen fallen.

Sicher festgestellte Metastasen berechtigen natürlich immer zur Diagnose von malignen Geschwülsten;

ebenso ist das Vorhandensein von Ascites nach den Ergebnissen unserer Tabelle sicher ein Grund, Verdacht auf Malignität zu hegen. Ferner berechtigt auch die überaus grosse Brüchigkeit der Geschwülstwände zur schlimmen Diagnose, da die Geschwülste infolge ihrer Adhaesionen oft platzen und ihren Inhalt über das Peritoneum ergiessen.

Unter den Komplikationen spielt auch die Stieltorsion eine bedeutende Rolle, nicht so sehr wegen ihrer Häufigkeit (in unserer Tabelle kommt sie nur in 16 % vor), sondern hauptsächlich wegen der durch sie bedingten Gefahren. Wenn die Stieltorsionen auch bei den 7 Todesfällen, die wir bei unseren angeführten 100 Ovariotomien zu verzeichnen haben, keine ausschlaggebende Rolle spielt, so gehört sie doch zu den gefürchtetsten Komplikationen der Ovarialtumoren, da durch sie Verhältnisse geschaffen werden können, die unter Umständen eine sofortige Operation erheischen zu einer Zeit, wo das Befinden der Patientin durch diese Komplikation schon wesentlich gestört ist. Je nach der Schnelligkeit und dem Grade der Drehung sind die Symptome und Gefahren verschieden. Die Drehung kann völlig unbemerkt verlaufen, nur zufällig wird sie bei der Operation entdeckt; sie kann Fieber, Schmerzen, Peritonitis hervorrufen, sie kann endlich durch innere Blutung schnell zum Tode führen. Die richtigste Ursache der Störungen ist die Behinderung der Zirkulation. Durch die Torsion werden die oberflächlich verlaufenden Venen comprimiert, es entstehen Thrombosen. Die tiefer liegenden Arterien füllen den Tumor strotzend mit Blut. Meist hört in diesem Stadium die Blutzufuhr auf. Es kommt dann zu Verklebungen und Verwachsungen mit den umgebenden Gedärmen und von da zur Infektion. Lässt jedoch der Blutandrang zum Tumor nicht nach, so

platzt seine Wand, es tritt Verblutung in die Bauchhöhle ein (Koblank). Bei unseren 100 Fällen wurden 16 Stieltorsionen beobachtet und zwar 15 bei gutartigen Geschwülsten und eine bei einem doppelseitigen Ovarialcarcinom.

Besondere Berücksichtigung verdient die allerdings nicht häufige, aber wichtige Komplikation: Ovarialtumor und Schwangerschaft, Entbindung. Bei abwartendem Verhalten ist die Prognose ungünstig. Die Schwangerschaft wird in ungefähr 17 % unterbrochen (Koblank) und zwar hauptsächlich durch Raumbeengung und Druck auf den Uterus; die Zahl der in der Schwangerschaft und der im Wochenbett infolge von Stieldrehung oder Vereiterung des Tumors oder infolge der schwierigen Entbindung zu Grunde gehenden Frauen wird zwischen 23 %—50 % angegeben. (Koblank). Dagegen gibt die Ovariotomie in der Gravidität wesentlich bessere Resultate. Die Exstirpation des Tumors hat daher in der Schwangerschaft sofort nach seiner Diagnosticierung stattzufinden. Denn es können bei der bevorstehenden Geburt die grössten Schwierigkeiten durch eine derartige Geschwulst eintreten Dass aber die Ovariotomie selbst intra partum ausgeführt ein gutes Resultat geben kann, beweist der von mir angeführte Fall 73, über den ich hier ausführlich berichten will:

E. B. Dorothea, 35 Jahre I. Schwangerschaft.

Gravida befindet sich am Ende der Schwangerschaft. Äussere Untersuchung ergibt: Leib stark aufgetrieben, Linea alba wenig pigmentiert, zahlreiche Striae. Leibesumfang = 95 cm. Die Palpation ergibt: Fundus reicht bis 4 Querfinger breit unterhalb des Process. ensiform., kleine Teile Rechts, Rücken Links. Kopf fest im Becken stehend. Herztöne hand-

breit unterhalb des Nabels in normaler Anzahl hörbar. Die innere Untersuchung ergibt: Introitus Vaginae eng, Gewebe ziemlich straff. Blase wölbt sich in den Introitus vor. Äusserer Muttermund ist handtellergross. Vorliegender Teil ist der Kopf, im Beckeneingang stehend. Kleine Fontanelle tief L. V., Pfeilnaht im rechten schrägen Durchmesser Die sich stark in den Scheideneingang vorwölbende Blase wird gesprengt.

Die innere Untersuchung nach weiterem 6 stünd. Kreissen ergibt, dass der Kopf etwas tiefer getreten ist, das hintere Scheitelbein ist stark untergeschoben. Man fühlt jetzt unter dem Promontorium, der vorderen Fläche des Kreuzbeines anliegend einen kleinfaustgrossen, soliden Tumor, der offenbar den Kopf verhindert, tiefer zu treten. Die Diagnose wird auf eingeklemmten, soliden Ovarialtumor gestellt. Da die Geburt unter diesen Verhältnissen offenbar unmöglich erscheint, wird die Ovariotomie bechlossen, Das rechte Lig. rotund. hat sich inzwischen so gespannt, dass der Uterus mit Fundus rechts ganz abgeknickt erscheint.

21. I. 1907. Operation: Handbreiter Schnitt in der Linea alba. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigt sich der Uterus rechts mit dem Peritoneum der vorderen Bauchwand verwachsen; die Verwachsungen werden durchtrennt. Nun wird versucht, den Tumor aus dem kleinen Becken herauszuheben, was aber erst gelingt, nachdem der Kopf von der Scheide aus in die Höhe gedrängt und der Tumor nach oben geschoben wurde. Hiebei platzt die Geschwulst und es entleert sich eitriger, dermoider Inhalt in die Bauchhöhle, der möglichst sorgfältig aufgetupft wird. Der Tumor ist ein breit gedrücktes Dermoid des rechten Ovars. Nach

vorheriger Abklemmnng Abtragung der Geschwulst und Versorgung des Stiels. Provisorischer Schluss der Bauchhöhle durch Muceux'sche Zangen und Beendigung der Geburt durch Forceps, nicht ganz leicht, wegen des ziemlich starken Kopfes. Linksseitige Episiotomie. Kind atmet spontan und schreit gleich darauf. Hierauf Schluss der Bauchhöhle durch dreifache Catgutetagennaht; in den unteren Wundwinkel wird ein Glasdrain eingelegt. Das Kind, männlichen Geschlechtes wiegt 3,150 g.

9. II. 1907. Die Mutter wird entlassen. Allgemeinbefinden gut. Bauchwunde per primam geheilt. Ebenso die Incisionswunde.

Dass natürlich eine intra partum ausgeführte Ovariotomie von vorne herein prognostisch ungünstiger aufzufassen ist, ist selbstverständlich. Indessen wird bei absoluter Unmöglichkeit, die Geburt zu beenden, nichts anderes übrig bleiben, als das Hinderniss, die Geschwulst, operativ zu entfernen. Ob in diesem Falle der vaginale oder abdominelle Weg zu wählen ist, hängt von dem Sitz der Geschwulst ab. Doch wird wohl zumeist der letztere Weg gewählt werden.

In unseren 100 Fällen tritt Gravidität viermal als Komplikation auf. Dreimal wurde die Ovariotomie während der Schwangerschaft, einmal wie oben ausgeführt, intra partum vorgenommen.

Sehen wir uns nun die anamnestischen Angaben näher an, die Beschwerden, welche die Patientinnen in die Klinik führen, so sind es deren mannigfache. In den meisten Fällen ist es das Stärkerwerden des Leibes, welches die Patientinnen den Arzt aufzusuchen zwingt. Es ist nicht jedesmal nötig, dass stärkere Schmerzhaftigkeit damit verbunden ist, so das manche Patientinnen an Gravidität glauben. Meistens jedoch

sind Schmerzen vorhanden, welche die Frauen in ihrer Berufsarbeit mehr oder minder stören. Ebenso häufig sind Beschwerden beim Wasserlassen, beim Stuhlgang, häufiger Harndrang zu verzeichnen. Auch Darmstörungen finden sich in grosser Anzahl. Die Menstruation wird in den meisten Fällen wenig oder gar nicht gestört d. h. soweit nicht schon die Menopause eingetreten ist.

Auf welche Lebensjahre sich das Auftreten der Eierstockgeschwülste verteilt, darüber gibt uns folgende Zusammenstellung Aufschluss.

Es treten auf:

bis zu 20 Jahren	=	2	(1 bösartig)
von 20—30 J.	=	18	(3 bösartige)
„ 30—40 J.	=	21	(3 „)
„ 40—50 J.	=	23	(5 „)
„ 50—60 J.	=	26	(12 „)
„ 60—70 J.	=	8	(1 bösartig)
„ 70—80 J.	=	1	—
		99	(25 bösartige).

(bei 1 Falle fehlt die Angabe).

Nach dieser Tabelle fällt der Hauptprozentsatz zwischen 50—60 Jahre, ein Resultat, das mit dem Weilands und auch anderer Autoren insofern nicht übereinstimmt, als dessen Hauptprozentsatz sich auf Patientinnen von 30—40 Jahren erstreckt.

Was die malignen Tumoren anbetrifft, so sehen wir die Carcinome sich mit 3 Ausnahmen auch auf das Alter von 40—60 Jahre verteilen, während die 2 Sarcome welche wir zu verzeichnen haben, in das jugendliche Alter von 20—30 Jahren fallen.

Aus dieser Zusammenstellung nun sehen wir, dass das Carcinom hauptsächlich erst im beginnen-

den Alter auftritt, während das Sarcom mit Vorliebe jugendliche Individuen befällt.

In acht Fällen haben wir eine Komplikation von Uterusmyom. Die Myome werden teils mit, teils ohne Uterus exstirpiert. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sehen wir in 11 Fällen eine meist chronische Peritonitis, welche aber in den wenigsten Fällen infectiös ist. Ferner treten zu gleicher Zeit mit den 100 Ovarialtumoren zwei Entzündungen des Prozess. vermiform. auf, welche immer auch eine Entfernung des Appendix bedingen. Unter den Komplikationen finden wir noch 3 Hernien, 3 Prolaps. vagin. und 1 Prolaps. ut; ferner ein Uteruscarcinom, welches durch Totalexstirpation ut. entfernt wird.

Wir kommen jetzt zu der Besprechung der Ausführung der Operation selbst. In den 100 Fällen wurde 92 mal die Laparotomie und in 8 Fällen die Vaginalexstirpation ausgeführt. Bei den 92 Laparotomien wurde 3 mal nach Pfannenstiel operiert. Die Haut und die oberflächliche Fascie werden quer durchtrennt, und nur die Fascie transversa und das Peritoneum werden längs gespalten. Durch diese Schnittführung soll nicht nur ein kosmetischer Effekt erzielt, sondern, was bei weitem wichtiger ist, die Möglichkeit einer Hernienbildung beträchtlich verringert werden. Die Vorteile der Laparotomie gegenüber der Kolpotomie sind hauptsächlich: Die grössere Übersichtlichkeit des Operationsfeldes und die Leichtigkeit, auch oberhalb des Beckeneinganges gelegene Komplikationen (z. B. Perityphlitis) in Angriff nehmen zu können. Die Häufigkeit der malignen Erkrankung und der Komplikationen (Adhaesionen etc.) mussten den ventralen Weg als den im Allgemeinen zweckmässigsten kennzeichnen. Nur wenn es sich um ein-

kammrige, völlig freie, nicht zu grosse Kystome handelt, kann die Exstirpation von unten her vorgenommen werden.

Zum Schlusse will ich noch über die nach der Operation erfolgten Todesfälle genauer berichten. Auf die 100 Ovariotomien fallen 7 Todesfälle, von denen sich 4 auf die gutartigen und 3 auf die bösartigen Tumoren verteilen.

Im 1. Falle handelt es sich um eine 48jährige Frau (Nr. 15) mit einem einseitigen Pseudomucinkystom. An Komplikationen finden wir Ascites und Stieltorsion um 160°. Am 29. VII. 1905 wurde die Ovariotomie dupl. ausgeführt, welche einen glatten Verlauf nahm. Die nächsten 2 Tage nach der Operation war das Befinden gut. Am 3. Tage mehrmaliges Erbrechen; der Leib etwas aufgetrieben. Abends Temperatursteigerung. Puls 140. Pat. verfällt sehr rasch. Trotz Äther und Campher ist die Herztätigkeit schlecht. Am 2. VIII. morgens 7 Uhr plötzlicher Collaps. Temperatur ist 40°. Eine Viertelstunde später Exitus letalis. Die Sektion ergab: Meteorismus cum Stenos. partial. ilei, colon. sigmoidei. — Peritonit. acuta diffusa — Adipositas hepatis — Cyanosis lienis — Emphysem. et. Ödem. pulmomm — Dilatatio cordis — Myodegeneratio fusca cordis — Atheromatos. Aort, praecipue, valvular.

Im 2. Fall haben wir es mit einer 29jährigen Frau (Nr. 20) zu tun, die an einem doppelseitigen Papillom erkrankt ist. Am 2. XI. 1905 wurde die ovariotom. dupl. vorgenommen. Nach Eröffnung der Bauchhöhle quillt reichlich fadenziehende Flüssigkeit hervor und es zeigt sich an der linken Geschwulst eine Rupturstelle. Bei der Operation erweist sich das Peritoneum parietale und viscerale entzündlich verdickt.

In den nächsten 8 Tagen nach der Operation Befinden gut.

Am 10. XI. Verbandwechsel. Wunde per priman geheilt. Schmerzen rechts im Abdomen. Eisblase. In den nächsten Tagen relatives Wohlbefinden.

21. XI. Douglasexsudat.

23. XI. Probepunktion ergibt seröse Flüssigkeit (Streptococcen).

25. XI. Incision des Douglas und Erweiterung der Öffnung. Es entleert sich reichlich dicker Eiter. Spülung. Drainage. Prompter Fieberabfall. Hebung des Allgemeinbefindens.

Bis 5. XII. Wohlbefinden.

Am 5. XII. bekommt Patientin plötzlich 2^{55} einen Kollaps. Es bricht kalter Schweiss aus; Puls kaum zu fühlen. 4 Spritzen Ol. camphor. subcutan. 1 Spritze Dipalen intramuskulär. 3^{15} Exsitus letalis. Die Sektion ergibt:

Peritonit. adhaerens diffusa — Thrombos. venae iliacae — Embolia trunci art. pulmon. — Anaemia, dilatatio cordis — Renes cyanotic. — Cystit. lymphatica.

Als weiterer Fall kommt eine 57jährige Frau in Betracht, (Nr. 41) welche an einem doppelseitigen Ovarialcarcinom litt.

Am 2. X. 1906. Ovariot. dupl. Die rechte Geschwulst ist mit der Rückwand des Uterus, der Flectur, dem Periton. des rechten und hinteren Beckens verwachsen. Beide Geschwülste werden exstirpiert. Im linken Leberlappen ein derber Knoten. Oberhalb des Promontoriums ein Paquet vergrösserter Drüsen.

Die nächsten 3 Tage heftiges Aufstossen. Am 5. X. 1906. Leichte Dyspnoe. Temp. 38,3. Puls 110.

Am 6. V. 1906. Schwere Dyspnoe. Puls kaum fühlbar, stark beschleunigt. Digalen. Ol camphor.

Nachmittags nochmals Digalen und wiederholt Ol. camphorat. Exitus letalis.

Sektionsbefund: Peritonit. diffusa serofibrinosa — Empyem. proc. vermiform. —Abscess. perityphl. — Obesitas et myodegeneratio cordis — Endocardit. fibros. chron. — Oedem. pulmon. — Metastasen hepatis.

Als 4. Fall sehen wir eine 59jährige Frau mit einem linksseitigen Dermoidkystom.

Am 30. VI. Ovariot. sin. Bei der Operation sieht man, dass eine Pelveoperiton. chron. adhaesiva besteht. Die Geschwulst zeichnet sich durch ausgedehnte Adhaesionen aus.

1. VII. Verband gewechselt; stark blutig durchtränkt.

2.–4. VII. Patientin schläft fast den ganzen Tag. In der Nacht vom 4. auf 5. VII. Puls sehr verschlechtert. Patientin ist tief komatös. Atmung röchelnd. 4 Spritzen Ol. camphor. ohne Einfluss.

5. VII. Früh 7 Uhr nach einem kurzen Krampfanfall Exitus letalis.

Sektionsbefund: Atrophia fusca cordis. — Hypertrophia ventriculi sin. — Endocardit. fibrosa — Hydronephrose bilateral. — atrophia hydronephrodica renum, praecipue sin. Dilatat. ureter.

Weiter sehen wir eine 32jährige Frau, welche an einem linksseitigen Ovarialcarcinom leidet. Die Frau sieht sehr Kachektisch aus.

Am 19. XI. 1906. Ovariot sin. In der Gegend des Pylorus eine knollige, harte Verdickung. Der ganze Leberrand ist mit kirschgrossen Knollen besetzt.

Am Abend der Operation. Puls klein, 110.

4 Spritzen ol. camphor

20 XI. Puls stark beschleunigt. Digalen. Verlauf fieberfrei.

25. XI. Patientin kann den rechten Arm nur mit grösster Mühe heben, das rechte Auge nicht vollkommen schliessen. Der rechte Mundwinkel ist schief. Die Lähmungen gehen allmählich zurück, nur der Mund bleibt andauernd schief.

27. XI. Wunde per primam geheilt. Patientin drängt nach Hause.

3. XII. Exit. letalis.

Sektionsbefund: Diffuser Scirrhus ventriculi mit Metastasen in den Bronchial-, mediastinal-, interperitoneal-, mesenterial. Lymphdrüsen im rechten Ovar. — Krebsige Thrombos. der linken Vena spermat., der Vena cav. inf. — Krebsige Embolie in diesen Venen — Lymphangitis — Zahlreiche Metastasen und hämorrhagische Infarkte der Leber — Stauungsmilz — Braune Atrophie des Herzens — Krebsthrombose der Art. menig. sin.

6. Fall: 63 jährige Frau mit einem Kystom. pseudomucinos. ovar. sin. Ferner eine Hernie umbilic. Hernia ocural. sin (Nr. 97).

Am 17. IX. 1907. Ovariotomia sin. Herniotomia Verlauf der Operation glatt.

Am 19. IX. 1907. Allgemeinbefinden gut. Fieberfrei.

22. IX. 1907. Abends $11^1/_2$ Uhr fällt Patientin plötzlich von der Bettschüssel und ist binnen weniger Minuten tot.

Sektionsbefund: Embolia art. pulmon. — Trunci in art. pulmonalem dextram. sinistramque progredient. — Thrombos. venae saphenae sin. — Infarct. hämorrhagici lob. inf.

Letzter Fall. (Nr. 98). 39jährige Frau, seit 10 Monaten verheiratet. Diagnosticiert wurde ein Kystom. ovar. dextr. und ein Uterus myomat:

Am 20. IX. 1907. Ovariot. dextr. Enucleatio ut. myomat. multipl.

Am 21. IX. 1907. Hohes Fieber; Leib tympanit. aufgetrieben. Öfters heftiges Erbrechen. Starke Blähungen. Im Laufe der folgenden Tage Verschlechterung des Befindens.

Am 26. IX. 1907. Coeliotomia altera. Die Gedärme sind sehr stark aufgetrieben und von eiterigem Blut bedeckt. Am Fundus uteri ist der Dünndarm breit verwachsen und stark kontrahiert. Die Verwachsungsstelle entspricht der Enucleationswunde des grossen im Fundus sitzenden Fibroms. Die Verwachsung wird gelöst. Es zeigt sich, dass weiter oben am Dünndarm noch eine Abknickung besteht. Die Serosa des Darms ist so brüchig, dass sie wiederholt breit einreisst.

Am 27. IX. 1907. Plötzlich Collaps. Exitus letal.

Am Schlusse gestatte ich mir, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Geheimrat Dr. Hofmeier für die gütige Überlassung des Themas und die Übernahme des Referats meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Franz Grillmeier, geboren am 10. Juni 1875 in Regensburg, kam im Jahre 1885 auf das dortige Gymnasium. Im Wintersemester 1895/96 bezog ich die Universität München und studierte Mathematik. Im Wintersemester 1898/99 siedelte ich nach Würzburg über, wo ich mich im Sommersemester 1899 dem Studium der Medizin zuwandte. Im Sommersemester 1900 bestand ich das Physikum. Am 13. März 1907 bestand ich das ärztliche Staatsexamen.